ISSN 0044—1945
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ

11'88

Здоровье

«Чем лучше
мы будем работать,
тем лучше
станем жить».

См. стр. 14.

Фото М. Вылегжанина



Стены Трехгорки помнят события почти двух веков. В дни Декабрьского вооруженного восстания 1905 года здесь, на Прохоровской мануфактуре, размещался боевой штаб. В Октябре 1917-го рабочие фабрики с оружием в руках боролись за власть Советов...

В наши дни бывшая Прохоровская мануфактура стала крупнейшим комбинатом, продукция которого — ситцы, штапельные, фланелевые, сатиновые ткани — известна всей стране. Реконструировано и обновлено ткацкое, прядильное, отделочное производство. Здоровье работниц хлопчатобумажного комбината «Трехгорная мануфактура» имени Ф. Э. Дзержинского находится под постоянной опекой медиков. Специалистам медсанчасти комбината принадлежит немалая роль в выполнении производственных планов, в решении социальных вопросов. В прошлом году заболеваемость рабочих была снижена на 6,6%; оздоровительная работа, по подсчетам экономистов, принесла комбинату только за девять месяцев прибыль в 140 тысяч рублей.

Медики ввели на производстве так называемый конвейер «Здоровье»: это и обязательные физкультурные паузы каждые два часа с применением точечного массажа, снимающего утомление; это и бесплатные витаминные препараты, которые получают рабочие, фруктовые соки, доставляемые прямо в цех; это и профилактические сеансы в кабинете горного воздуха...

Много внимания врачи уделяют улучшению условий труда. В прядильном цехе, например, самые острые проблемы — снижение шума и очищение воздуха. Благодаря настояниям медиков воздух в цехе очищается сейчас специальными пылеулавливающими устройствами, кондиционерами, системой ионизации.

Фотокорреспондент М. Вылегжанин запечатлел момент, когда начальник прядильного цеха М. ФЕОКТИСТОВ, заведующая здравпунктом цеха Т. ТЕСАНЧИНА, прядильщица Л. ГОРБУНОВА, врач медсанчасти Т. ЧЕРНЫШЕВА обсуждают, как снизить шум в цехе.

С ПРАЗДНИКОМ ВЕЛИКОГО ОКТЯБРЯ, ДОРОГИЕ ЧИТАТЕЛИ!

На исходе зимы 1964 года Василий Александрович Стародубцев стал председателем «лежащего на боку» колхоза: касса пуста, да еще долг в два миллиона.

Не поколебалось у него, крестьянского сына, при виде всего этого слово, которое он дал себе как клятву: оживить заколоченные дома, дать стране больше дешевого хлеба, молока, мяса, построить такую современную деревню, в которой бы жить и горожанин за счастье счел...

Минуло четверть века. Стародубцев выполнил данное слово. Ныне председателя колхоза имени Ленина Тульской области хорошо знают у нас в стране. Известен он и за рубежом. Передовое хозяйство стало флагманом принципиально нового, экспериментального агропромышленного объединения «Новомосковское». О замечательных делах этого АПО говорил на IV Всесоюзном съезде колхозников М. С. Горбачев.



Делегат XIX Всесоюзной партконференции, член-корреспондент ВАСХНИЛ, председатель колхоза имени Ленина Тульской области, Герой Социалистического Труда В. А. СТАРОДУБЦЕВ дает интервью журналу.

ПЕРЕСТРОЙКА НАЧИНАЕТСЯ С ЧЕЛОВЕКА

— Выступая на IV Всесоюзном съезде колхозников, на XIX партийной конференции, вы коснулись важного вопроса социального развития современной деревни. По вашему мнению, в нынешних условиях революционной перестройки бороться за высокую производительность, эстетику труда, не заботясь о содержательности жизни тружеников села, их здоровом образе жизни, дело бесперспективное?..

— Мы уже имеем горький опыт: командный стиль руководства, безразличие к нуждам сельских тружеников, следовавшие одна за другой шумные бесплодные кампании. К чему это привело? Пустые прилавки продовольственных магазинов, сотни тысяч заколоченных домов наших деревень...

Думаю, самый верный путь — больше человека заинтересовывать результатами его труда. Об этом как раз и говорилось на XIX Всесоюзной партийной конференции, на июльском Пленуме ЦК КПСС 1988 года. Новые формы оплаты труда многое меняют. Возьмем наше Российское Нечерноземье. Немало знаю районов, где развалилась деревня, а сейчас оживает, приводит землю в порядок.

— Лет двадцать назад Спасское — центральная усадьба колхоза, наверное, тоже обезлюдело?

— Заколочен был каждый пятый дом. Люди покидали насиженные места, землю отцов и дедов и подавались в город. На работу ходили самые порядочные — из сострадания к земле и скоту и самые бессовестные, чтобы украсть последнее и пропить. Что с них было взять, когда работали в то время за пустой трудодень.

Общественная земля, и техника, и продукты становились чужими. В этом отчуждении, что тоже подчеркивалось на партконференции, корни потери веры крестьянина в свой труд. Он впадал в апатию, еще хуже — в пьянку. Либо замыкался на личном подворье.

С чего начали мы? Призвали единомышленников — коммунистов и комсомольцев — повести решительную борьбу за новую жизнь. Объявили беспощадный бой пьяницам и расхитителям колхозного добра. В первую же весну вывезли на поля тысячи тонн органических удобрений, накопившихся, наверное, с первого года образования нашего колхоза, и в первый же год удвоили урожай зерновых культур. Получили прибыль в 43 тысячи рублей, которую целиком отдали на поощрение лучших колхозников. Люди поверили в перспективу, стали работать еще лучше. А вот молодежь по-прежнему рвалась из села. Как ее удержать? Чем заинтересовать? У человека естественное желание проявлять свои способности. И если в труде ему предоставлена такая возможность, он, что называется, расцветает. Если же нет — наступает апатия, безразличие.

Для женщин организовали швейно-полеводческий цех. Весну и лето они сажают, пропалывают и убирают корнеплоды, а осенью и зимой работают на ширпотреб. Мысль была и такая: парней девчата должны крепко «заякорить» на месте. Куда те от любимых побегут? Сначала в швейно-полеводческом цехе работали 35 женщин, сегодня их более 400. На 12 с лишним миллионов рублей выпускают швеи различной продукции. Наши женщины одеты лучше и моднее всех в округе.

— Я был в швейно-полеводческом цехе, условия работы там самые современные. Вот и возникает вопрос: чистое производство — это одно, а животноводческая ферма — другое. Тяжелый физический труд, навоз, неприятные запахи. По этой причине в некоторых хозяйствах на ферму и калачом не заманишь...

— А у нас, чтобы попасть на молочный комплекс, нужно пройти конкурс. Создавая принципиально новый молочный комплекс, мы задались целью поставить производство мяса и молока на промышленную основу, полностью исключить ручной труд, работать в две смены с выходными днями, как в городе. Цели своей добились. Теперь нажатием кнопки оператора ленточный конвейер за три-четыре минуты «сервирует» стол сразу на всех коров. Самая трудоемкая в животноводстве работа — навозоудаление — производится без участия людей. Полы для всего молочного комплекса сделали решетчатыми. Навоз, не задерживаясь на поверхности, проваливается вниз, в глубокие траншеи — накопители. 1100 коров здесь обслуживают всего 22 человека. Для сравнения: средняя нагрузка на одного животновода в Российской Федерации составляет шесть коров. Мы производим самое дешевое молоко: стоимость одного центнера составляет 19 рублей, а на его выработку затрачиваем один человеко-час. Наши животноводы приходят на комплекс в красивых туфлях, модно одетые. Есть здесь уютное помещение, где можно посидеть за самоваром, в перерыв съесть булочки, бутерброды с колбасой, сыром (все бесплатно), посмотреть передачи по цветному телевизору. Можно принять душ или попариться с веничком в бане, поплавать в крытом бассейне.

— Василий Александрович, возглавляемый вами колхоз из года в год добивается рекордных показателей по всем видам сельхозпродукции. Чтобы иметь такие результаты, колхозники

должны, что называется, выклвдываться от и до. Не отражвется ли такой интенсивный труд на здоровье людей?

— С полной ответственностью заявляю: нет, не отражается. Об этом свидетельствуют и наши медики, которые ведут не только лечебную, но и профилактическую работу. В центре их внимания также гигиенические аспекты труда, особенно доярок, специалистов животноводческого комплекса, механизаторов. Действительно, труд наших колхозников интенсивен. Но он хорошо организован и тщательно продуман, основная тяжесть работ лежит на плечах машин. Немаловажен и такой факт: средний возраст жителей Спасского всего 34 года. У нас созданы все необходимые условия для того, чтобы колхозники могли жить полноценной, содержательной жизнью, умело сочетали труд и отдых.

— Спасское по првву называют селом третьего тысячелетия. Расскажите, как оно создавалось.

— Мы строили свое Спасское, ориентируясь не на сегодняшний, а на завтрашний день. Нужно ли каждому крестьянину держать свою буренку под окном, рассуждали мы, если колхоз производит самое дешевое молоко? Надо — выпиши его, сколько тебе захочется. А приусадебный огород под картофель? Сколько сил и здоровья отнимает он у труженика. Не лучше ли на все дворы выделить общий участок под картофельное поле, которое бы можно было обрабатывать колхозной техникой, а сам участок вынести за пределы села. Тогда дома с традиционными большими участками земли просто будут не нужны.

Постепенно мы пришли к уникальному варианту застройки нового села, сочетая усадьбы с небольшими участками для цветов и плодово-ягодных кустарников, коттеджи, а также трех-четырехэтажные дома. Независимо от того, где будет проживать колхозник, он имеет право на участок земли под картофель в коллективном огороде, а также неподалеку от дома до пяти соток под овощи и зелень и, кроме того, по желанию сельчан, хозяйственный сарай в блоке для мелкого скота и птицы.

Колхозникам на выбор было предоставлено 24 типа домов с более чем 50 типами квартир.

В самом центре села возвышаются культурно-спортивный комплекс с крытым плавательным бассейном, площадками и залами для занятий различными видами спорта, Дом культуры с библиотекой и всеми необходимыми клубными помещениями и торговый центр.

Что касается облика Спасского, его планировки, архитектурных решений, мы их никому не навязываем. Каждое село, каждая деревня должны иметь свое лицо. И пусть будет больше в стране разных, неповторимых, непохожих друг на друга сельских населенных пунктов. Главное, чтобы жизнь там била ключом и чтобы жили люди красиво и счастливо.

— Ввсилий Александрович, согласитесь, хотя и существует рвсхожая фраза — век живет человек, но лимит времени у квждого из нас ограничен. Детские, школьные годы, служба в армии, учеба в вузе... Остается три с небольшим десятка лет до «заслуженного отдыха». По существу, это маленький отрезок времени для активного труда, духовного обогащения, свершения всего задуманного. Какими же надо, на ваш взгляд, обладать качествами, чтобы достичь высот в своем деле?

— Насчет строгого лимита времени не спорю. Но зачем же вычитать детские, школьные и прочие годы? Их прибавлять следует. С них берет начало формирование личности. Надо приплюсовать также и время заслуженного отдыха. Именно оно предоставляет неограниченные возможности для самосовершенствования, познания мира. Выходит, не тридцать с небольшим, а поистине век, начиная с трех-четырехлетнего возраста, предоставляется человеку для возможности полностью раскрыть себя в свободном труде, обрести в нем радость творчества. И чем сильнее любовь человека к труду, тем ярче и богаче он сам как личность, тем заметнее результаты его деятельности. К сожалению, многие считают, что необходим какой-то врожденный талант. И если человек не узрел в себе такового, он порой опускает свой «парус», плывет по течению, добровольно обрекая себя на серую, скучную жизнь.

— Вы не ошиблись, с трех-четырех лет?

— Ничуть. Пробуждать умение познавать труд, его радость следует именно с этого возраста. В ребенке начинает бурно формироваться, складываться и развиваться устойчивая и осознанная потребность выполнять определенную работу, приносящую — это уже во многом зависит от мудрости родителей — пользу, удовлетворение и благодарность.

У моих родителей было шестеро детей. Мы ухаживали за грядками, присматривали за скотиной, убирали дом. Отец и мать не принижали, но и не возвеличивали, как иногда делают молодые родители, эти дела до героических поступков, считая нашу работу нормальным житейским явлением. Когда рассказываешь об этом, иногда услышишь: сейчас-де иное время, мы можем себе позволить освободить наших детей от любого труда. Какое заблуждение! Ведь нам важен не только результат детского труда. Важно становление будущего гражданина: разумного и убежденного труженика, а не бездельника. Мне пришлось побывать в Швеции. Так вот я там не раз видел, как восьмилетний, девятилетний ребенок, работая на земельном участке родителей, ловко, как заправский механизатор, управляет универсальным трактором.

— Дети вашего колхоза оссвивают агрврное дело в более рвннем возрасте...

— Вы имеете в виду наш детский комбинат?

— Именно его.

— Недавно произошел забавный случай. Делегация знакомилась с жизнью и бытом комбината. Нравилось все — светлые, чистые комнаты, музыкальный и спортивный залы, крытый плавательный бассейн, где дети учатся плавать с трех лет. А в это время на садово-огородном участке дети ухаживали за грядками, убирали урожай ягод. Это возмутило одну из гостей: «Да разве можно такое в наши дни — малюток закабалили!»

Реакция этой женщины напомнила мне одну историю. Мы только-только вынашивали идею — каким должен быть детский дворец на селе. Папы, мамы, бабушки и дедушки дали много разных советов. Я спросил: «А каким делом занять маленьких граждан, чтобы сызмальства приучать их к труду?» Иные сердобольные родители округлили глаза: «Работать?! Канули те времена, когда дети были рабами капитализма...»

Отправился я тогда в школу послушать мнение педагогов. На уроке литературы молоденькая учительница разбирала некрасовское стихотворение «Мужичок с ноготок». Говорила взволнованно, проникновенно, представляя известное поэтическое произведение как обличительный документ непосильного труда детей в царское время. «Представьте, ребята,— говорила она,— вот вам бы всем вручили по коню и заставили возить дрова из леса...» В ответ послышались радостные восклицания: «Вот здорово!», «С радостью бы поработал!», «Не доверят нам только...». Растерялся педагог. Я же утвердился в мысли о необходимости приобщать сельских ребят к общественно полезному труду с раннего возраста.

Вдумайтесь в одну простую как правда истину: каждого человека при рождении жизнь награждает бесценнейшим даром — талантом трудиться. Нужно только пробуждать его, развивать с самых ранних лет и до преклонного возраста. И не важно, кем станет человек: врачом или агрономом, рабочим или художником. Научившись трудиться в полную силу рук и ума, можно достичь заветных высот.

Интервью взял Г. КУВИТАНОВ.

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ
11 '88
Здоровье

СПЕШИТЕ ДЕЛАТЬ ДОБРО!

СЧЕТ ФОНДА 704201

16 сентября на Всесоюзной учредительной конференции в Москве создан Советский фонд милосердия и здоровья



Слову «милосердие» замечательный врач Владимир Иванович Даль дал такое определение: сердоболие, сочувствие, готовность делать добро всякому, любовь на деле. Сегодня общество активно ведет наступление не один из самых опаснейших дефицитов — дефицит нравственных качеств, дефицит добра, совести, милосердия. И в этом — свидетельство необратимости процесса демократизации нашей жизни, происходящих в стране благотворных перемен.

Перестройка коснулась и человеческих душ. Все больше людей готовы принять на себя чужую боль, отдать доброму делу свои силы и средства. Группы и объединения энтузиастов под названием «Милосердие», «Забота», «Сопричастность» появились в Москве, Ленинграде, Горьком, Тбилиси, Кемерове, Днепропетровске, Ульяновской области.

Учреждение Советского фонда милосердия и здоровья открывает возможность объединить усилия всех неравнодушных к чужому горю, многое сделать для нравственного воспитания народа.

Среди учредителей фонда — Минздрав СССР, ВЦСПС, Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР, ЦК ВЛКСМ, Всесоюзный Совет ветеранов войны и труда, АМН СССР, Государственный комитет СССР по труду и социальным вопросам, Советский детский фонд имени В. И. Ленина, Государственный комитет СССР по физической культуре и спорту, творческие союзы, другие государственные и общественные организации.

Председатель оргкомитета фонда генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» член-корреспондент АН СССР С. Н. ФЕДОРОВ подчеркнул в своем докладе, что единственный культ, который хотелось бы видеть в нашем обществе,— это культ здоровья. Именно в целях привлечения самых широких кругов общественности к охране здоровья людей, совершенствования народного здравоохранения, улучшения социального обеспечения и создается Советский фонд милосердия и здоровья.

В докладе прозвучали боль и тревога: не удовлетворяется потребность в домах-интернатах для престарелых и инвалидов, а государственные задания на их строительство систематически не выполняются. Промышленность не выпускает специального оборудования и приспособлений для ухода за больными и инвалидами. Большей заботы требуют инвалиды детства, слепые, глухие, глухонемые, инвалиды из-за травм, неизлечимых недугов. Не может не беспокоить и состояние здоровья подрастающего поколения.

И потому добровольные взносы государственных, общественных и кооперативных организаций, доходы от мероприятий, проводимых фондом,— различных лотерей, аукционов, концертов, продажи книг и журналов, проката кинофильмов, взносы отдельных граждан, дарения и завещения, все средства, которые должны составить Советский фонд милосердия и здоровья, в соответствии с его уставом будут расходоваться на создение центров здоровья, строительство и оборудование домов-интернатов для престарелых, больниц и поликлиник, на бесплатную выдачу лекарств нуждающимся пенсионерам, пособий инвалидам войны и труда, семьям погибших воинов.

Среди самых неотложных дел — организация лечебно-трудовых центров, специализированных предприятий, где могут жить, работать инвалиды и страдающие хроническими заболеваниями.

Фонд ставит своей задачей,— отметил в заключение С. Н. Федоров,— всемерно способствовать развитию самых разных форм медико-социальной помощи. И чем большее число государственных, партийных, общественных организаций, всех граждан примут участие в работе фонда, тем больший эффект она даст.

На конференции выступил министр здравоохранения СССР академик Е. И. ЧАЗОВ. Он подчеркнул, что цели фонда следует рассматривать гораздо шире благотворительности, ибо понятия милосердие и здоровье неотделимы. Надо помнить, что наркоманами не рождаются, что дети-инвалиды часто появляются у больных матерей. Поэтому высшее проявление милосердия — это работа, предотвращающая страдания, а не просто облегчающая их. Не случайно прежде всего к медикам обращались люди с идеей создания фонда.

— Я прошу,— закончил свое выступление Е. И. Чазов,— не как министр, а просто как врач, гражданин принять от меня в фонд гонорар за только что вышедшую книгу «Очерки диагностики».

Пока шла учредительная конференция, из разных концов страны в ее адрес поступали телеграммы, раздавались телефонные звонки. Люди просили принять взносы, спрашивали, куда можно перечислить деньги, чем конкретно помочь? А. Д. Турилин из Горловки просил принять от него в дар фонду трехэтажный дом для детей-сирот. Архимандрит Валентин из Суздаля сообщил, что хочет внести в фонд свои личные сбережения в сумме трех тысяч рублей.

Участники конференции утвердили устав фонда, избрали его правление. Председателем правления стал член-корреспондент АН СССР С. Н. Федоров.

Первое интервью в качестве председателя правления фонда Святослав Николаевич дал журналу «Здоровье».

— Я считаю,— сказал он, что милосердие и гуманизм — это основа социализма. Нельзя создать новые производственные отношения без новых человеческих отношений. У одного восточного поэта есть строчки: «Добро и зло творить всегда во власти всех людей, но зло вершится без труда, добро творить трудней». И мне представляется, каждый человек должен стремиться воспитать в себе умение творить добро! Я хочу заверить читателей «Здоровья», что фонд будет поддерживать любые начинения, приносящие пользу людям.

И. ПАВЛЕНКО



Эта молодая женщина, состарившаяся так рано, вызывала сострадание и жалость. Ей искренне хотелось помочь, но как? Слишком уж безвыходна ситуация.

...Им было по двадцать лет, когда родился сын. У мальчика оказалась поврежденной центральная нервная система, нарушены двигательные функции. Двенадцать лет сплошного кошмара, усталости, опустошения. А что дальше? Муж не выдержал, ушел, а как быть ей? Как жить с больным ребенком одной?

Она говорила и говорила. Я лишь участливо кивала в ответ, слегка поглаживая ее по плечу. Она выплакалась, успокоилась, и тогда я спросила, почему они не завели второго ребенка? «Второго? — Она смотрела на меня с недоумением.— А где гарантия, что он был бы здоров? Меня ведь ни один врач ни в женской консультации, ни в роддоме не предупредил о том, что сын будет неполноценным. Но даже при самом богатом воображении нельзя представить, что это такое: воспитывать дебила! Мы с ним идем по улице, а он руками размахивает так, что прохожие с испугом, а кто и с отвращением шарахаются в сторону. Да еще этот взгляд отсутствующий. А он безобидный, мой сын, но когда мы с ним выходим гулять во двор, мамаши уводят детей с детской площадки. Я их ни в коей мере не осуждаю, вот только все чаще спрашиваю себя: зачем я живу на этом свете...»

Отчего родятся умственно отсталые дети и кто повинен в этом? Казалось бы, науке в наше время подвластно многое. Но тем не менее число неполноценных детей не уменьшается. Все оттого, считают многие, что в наших роддомах долго реанимируют новорожденных. Хочу привести одно из сотен писем в адрес Минздрава СССР.

«...Написать вам письмо нас побудило отчаяние и безвыходность создавшегося положения. Мы родители детей — инвалидов с детства, г. Набережные Челны Татарской АССР. Не будет преувеличением, если мы возьмем на себя смелость утверждать, что наше письмо выразит мнение всех тех родителей, на долю которых выпало рождение ребенка с травмой центральной нервной системы. Последствия таких травм самые различные: это слабоумие, всевозможные параличи, эпилепсия и другое.

Бывают действительно случаи, когда травма новорожденного неизбежна, несмотря на все старания акушеров. Но чем можно измерить действия тех акушеров, в основу деятельности которых положено неумелое, а часто и недобросовестное отношение к своим обязанностям? Разве что изломанной, искалеченной судьбой несчастных детей и их не менее несчастных родителей? Если на производстве допущен брак, всегда наказывают виноватого. Так почему же за «детский брак» никто не несет ответственности? Заставить бы нерадивую акушерку и врача акушера-гинеколога всю жизнь платить пенсию такому ребенку, тогда инвалидов было бы меньше.

Почему главным показателем работы акушеров является рождение в их смену детей без смертельных исходов? Дальнейшая судьба травмированного ребенка их не интересует, никакой ответственности за него они не несут. Тяжело травмированного ребенка долго оживляют, игнорируя установленный нормой срок оживления, приводят в чувство, заведомо зная о том, что он уже никогда не будет полноценным человеком. Детские врачи бьются, из кожи вон лезут, выхаживают, дают (извините за прямоту) горделивые и хвастливые отчеты о том, сколько ТАКИХ детей возвращено к жизни. А кому нужна такая жизнь?

Кто хоть раз спросил вот таких выросших детей — нравится ли им жить, спросил родителей, которые стали за это время нервнобольными,— нужен ли такой гуманизм?

Поверьте, считая себя любящими и добросовестными родителями, часто приходим к мысли, что лучше оплакать смерть новорожденного, чем плакать всю жизнь, глядя на муки и страдания своего несчастного ребенка. Родителям приходится лечить таких детей всю жизнь, хотя нередко лечение не приносит положительных результатов.

Матери таких детей представляют собой существа вымотанные, не испытывающие никакой радости от жизни. Ведь для каждой матери источник величайшей радости — здоровье и благополучие ребенка. Мы же в дальнейшем не видим никакого просвета, поскольку смотрим на мир сквозь призму своего больного дитяти».

Тяжело читать такие письма, невыносимо встречаться со взглядом этих матерей. Но кто все же виновен в их трагедии?

В мае мне довелось присутствовать на совещании в Минздраве СССР. Шел разговор о реанимации новорожденных. Где реанимация, там риск, там борьба со смертью за жизнь. Выступавшие говорили лаконично, по сути. Подумалось тогда: как мало мы, неспециалисты, осведомлены! Если бы все было так просто, то проблему устранить не стоило особого труда. Пусть союзное министерство издаст приказ о лишении диплома того врача, который реанимировал новорожденного больше установленного времени. Под страхом остаться безработным врач уже не нарушит приказ вышестоящей организации, и у нас не будет детей-инвалидов. Но если бы все было так просто...

Многие во всем обвиняют врачей: приходит в роддом здоровая женщина и рожает неполноценного человека. Значит, виноват роддом! Давайте, не горячась, попытаемся разобраться.

...Ребенок криком оповещает о своем появлении на свет. Мать улыбается сквозь слезы, врачи тоже довольны — он задышал, сердце бьется, все нормально.

Но бывают случаи, когда новорожденный не дышит. И первое, что предпринимают врачи,— реанимационными манипуляциями стараются восстановить дыхание. На это отводятся минуты. Ребенка подключают к аппарату искусственной вентиляции легких. Если в течение 15—20 минут не произошло ни одного самостоятельного движения, ни одного вдоха ребенок не сделал, консультативно решают вопрос о прекращении реанимации.

Но ведь не все так однозначно: дышит — не дышит. А если он чуть-чуть, едва заметно начинает поддыхивать, что с ним делать? Прекращать реанимацию, ибо велика вероятность того, что уже пострадала кора головного мозга? Но в какой мере пострадала? Этого никто не может знать.

Врачи мне рассказывали сотни случаев, когда ребенок казался безнадежным, но проходило время, и из него получался пусть не гений, но вполне нормальный человек.

Выходит, дело не только в том, как проводится реанимация и кем. Возьмем рядовой родильный дом, скажем, районного масштаба. Неонатологов (врачей, занимающихся проблемами новорожденного от первого до двадцать восьмого дня жизни) нет, детских реаниматологов нет. Реанимационной аппаратуры тоже нет, вся она импортная, дорогостоящая, покупается за валюту. Роды принимает врач-акушер. Он знает, как вести роды, но он не умеет реанимировать, и вовсе не потому, что он плохой врач,— просто это другая специфика. Все равно, что прийти к отоларингологу и просить его лечить больной зуб. При сложных родах обязательно присутствие неонатолога.

Как мы сейчас много говорим о приоритетных областях перестройки! Все громче раздаются призывы, собираются подписи для сбора средств на памятники жертвам сталинских репрессий, общественность требует ассигнований на восстановление памятников истории и культуры. Мы стали свидетелями прекрасных порывов души многих наших ведущих музыкантов и артистов. Благотворительные концерты вновь входят в нашу повседневность.

Я не спорю, это нужно, как воздух. Без духовной культуры, без бережного отношения к прошлому общество погибнет. Но нельзя объять необъятное. Мы хватаемся за все сразу, прорех-то много, а нам не штопать, заново создавать надо. Но должно и силы соизмерять!

Да вы только посмотрите, в каких условиях рожают наши женщины! Есть такое слово — родовспоможение. А чем мы в большинстве случаев располагаем — кричи громче да тужься сильнее?

Все хоть один раз в жизни приносили в роддом цветы: жене, сестре... Ну почему же до сих пор мы не можем понять, что приоритетней области, чем материнство и детство, не бывает?! Ведь сила нации — в здоровом, полноценном потомстве. И если мы о нем не будем думать сегодня, где брать гениальные умы завтра? С кем улучшать социалистические завоевания? Всем миром надо решать эту проблему, и если уж кидать клич на сбор пожертвований, то прежде всего надо помочь женщинам, матерям!

Предполагается, что роды — физиологический процесс. Он должен протекать так, как предначертано природой: мучайся и терпи. Терпели наши прапрабабушки, бабушки, матери. Терпят и сегодня наши современницы.

Отчего же умирают дети — пусть не так часто, как у наших прабабушек, но умирают же...

Всему есть объяснение. Специалисты считают, что всего двадцать процентов женщин не имеют отклонений от нормального течения беременности. А у восьмидесяти — патология. Эти восемьдесят процентов нуждаются в квалифицированной помощи акушеров, а затем неонатологов, реаниматологов. Нельзя сказать, что такая помощь совсем не оказывается. Тысячам женщин и их младенцам уже помогли и помогают в центрах охраны здоровья матери и ребенка, клинических роддомах Москвы, Ленинграда, Киева, Минска, республик Прибалтики. Но это капля в море.

В Московской области, например, лишь в нескольких роддомах есть круглосуточное дежурство неонатологов: не хватает специалистов. А Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии не в силах помочь всем женщинам данного региона.

Служба детской реанимации родилась в институте сравнительно недавно,— рассказывает директор МОНИАГа, профессор В. И. Краснопольский.— И, несмотря на современное оборудование, выхаживать детей мы научились не сразу. Прошел год, прежде чем врачи-неонатологи освоили профессию. Только на практике, каждодневно сталкиваясь с тяжелобольными новорожденными, можно приобрести опыт.

В области семнадцать клинических межрайонных баз, но они не обеспечены в полной мере ни аппаратурой, ни специалистами. Не научились мы пока еще смотреть в глубь проблемы и принимать решения, дающие эффект. Я знаю, что уже многие московские роддома снабжены импортной аппаратурой для реанимации. Но она порой так и стоит там нераспакованная, ибо не умеют врачи с ней работать, не обучены.

Признаться, мы устали слушать обвинения в наш адрес! Родился урод — виноват врач, умер ребенок — тоже вся вина ложится на те же плечи. Это абсурд! Хотя я согласен, надо повышать квалификацию врачей. Но надо и просвещать наше население. Ситуации в акушерстве возникают молниеносно и протекают экстремально. Надо помнить это. Что такое кровотечение у женщины? Когда открываешь водопроводный кран, течет вода, вот точно так же фонтаном бьет кровь. Как спасать ребенка и мать? Решают не минуты — секунды. Нужно не только подумать, а успеть сделать.

Есть чисто наши, акушерские, ошибки, а есть и другие, не зависящие от врача. Как у данной женщины пройдут роды, не может предсказать ни один врач. Если беременность протекала нормально, то и роды должны пройти нормально. Но бывает, что ребенок рождается в асфиксии, не дышит. Виноват, возможно, и врач, а возможно, и нет, каждый случай сугубо индивидуален. Но с полной ответственностью утверждаю, что для ребенка, который не страдал во время беременности, вполне достаточно тех реанимационных мероприятий, которые проводили еще наши деды и которые можно проводить в любом роддоме. Плод быстро справляется с ситуацией и выходит из этого состояния.

Если же плод развивался аномально, любой врач знает, что роды предстоят тяжелые. Такие дети в большей степени подвержены острым состояниям, выйти самостоятельно из них без современного реанимационного оборудования они не смогут. Для таких родов необходимо мониторное наблюдение. За рубежом созданы мониторы с компьютером, они программируют ведение родов, подсказывают врачу, как поступить в тех или иных случаях. Аппараты следят за сердцебиением плода, сокращением матки, вовремя сигнализируют о нарушениях. Они предвосхищают события. Врач может еще не видеть глазом и не слышать ухом, а монитор показывает нарушение, и есть время скорригировать его, вплоть до кесарева сечения.

А что получается на практике? В области, например, количество операций (кесарево сечение) увеличилось, а результата они не принесли, ибо потеряли драгоценное время, опоздали, не сумели выходить новорожденного. В нашем институте, оснащенном современной техникой, где работают специалисты высокой квалификации, кстати, приобретенной в стенах МОНИАГа, статистика иная. Количество операций у нас выросло до 17,5%, в области с 2 до 5%. Мы в три раза чаще прибегаем к кесареву сечению. А детская смертность у нас в два раза меньше. Конечно, мы маломощны, если брать масштабы области, и пока не создадим межрайонные центры, подобные родильному и детскому реанимационному отделениям в нашем институте, мы не справимся с проблемой.

Люди в белых халатах демонстрировали мне колоссальные возможности медицинской техники. Меня интересовал мозг. Есть ли приборы, оценивающие его состояние? Да. Все импортное, все дорогое, все за валюту. Признаться, сколько я ни сталкиваюсь с проблемами материально-технического обеспечения родильных домов, я ни разу, ни от одного врача не слышала слова упрека в адрес Минмедбиопрома. Сетуют специалисты на острую нехватку современной аппаратуры для выхаживания новорожденных, а о министерстве никто не упоминает. Его как будто не существует и никогда не существовало...

Загляните во ВНИЦ по охране здоровья матери и ребенка Минздрава СССР, в любой неонатальный центр — насыщенность техникой огромная, но нет ни одного отечественного, самого маленького приборчика. Мне говорили врачи, что у мониторов, определяющих состояние мозга, очень несложная электроника, и их вполне можно делать самим. Но почему же Минмедбиопром самоустраняется от проблемы?

Да, пока приборов, оценивающих состояние мозга, у нас еще мало. Но уверена, если даже Минздрав Союза закупит и даст их в каждый роддом, предварительно не подготовив специалистов, эта мера не принесет эффекта: приборы останутся нераспакованными. Подобную картину мы уже видели...

Где выход? Расскажу о рядовом и все же необычном клиническом роддоме № 27 Москвы. Боюсь, правда, что, разрекламировав, я сослужу ему плохую службу,— не будет отбоя от женщин. Добиваюсь другой цели — будущие матери из других регионов должны требовать подобного к себе отношения от местных Советов, подключив женсоветы, партийные органы, профсоюзы.

— Представьте, что замешено тесто,— рассказывает главный врач роддома № 27, заслуженный врач РСФСР, кандидат медицинских наук Е. А. Волпин,— скажите, пожалуйста, если оно прокисло, сумеет даже самый искусный кулинар испечь хороший хлеб? Нет, конечно.

Если плод девять месяцев развивался неправильно, если он уже болел в утробе матери, будет ли он здоровым, появившись на свет? Вы думаете, откуда у детей церебральные параличи, умственная отсталость? Оттого только, что роды неправильно приняли? Вовсе нет: больной плод не может, как в сказке, превратиться в здорового младенца. Чудес на свете не бывает! Я считаю, что мы прежде всего должны развивать пренатальную диагностику. На ранних этапах беременности, когда еще не поздно ее прервать, видна грубая патология. Ультразвук видит многое, но это уже день вчерашний. Существуют другие, более совершенные методы диагностики, определяющие генетические заболевания, нарушения центральной нервной системы, многое другое. К сожалению, в нашей стране пренатальная диагностика находится в самом зачатке. Очень и очень немногие женщины проверяются во время беременности, а должны абсолютно все.

При нашем клиническом роддоме создан центр пренатальной диагностики. Здесь обследуются 100% женщин нашего, Железнодорожного района, частично близлежащих.

Недаром раньше говорили, что беременная — это черный ящик. Внутри темнота непредсказуемая. А мы научились видеть, что происходит внутри. И когда женщина поступает в родблок, врачи уже знают, что можно ожидать, как она себя поведет и чем предупредить неблагоприятную ситуацию.

Я считаю, что пренатальная диагностика сделает естественный отбор и заведомо неполноценные дети просто не появятся на свет. Другим, пусть и с тяжелой патологией, но устранимой, окажут помощь.

Надо менять политику родовспоможения — так считают многие ведущие специалисты страны. К сожалению, беседы со всеми не вошли в данную статью. И А. Г. Антонов, руководитель отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных ВНИЦ по охране здоровья матери и ребенка, и заведующий кафедрой неонатологии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей В. В. Гаврюшов, и главный детский анестезиолог и реаниматолог Минздрава СССР В. А. Михельсон, и руководитель Всесоюзного научно-методического центра восстановительного лечения детей с ДЦП К. А. Семенова единодушны в своих выводах: нужны совершенно новые формы работы!

Мы сейчас убедились в том, что совершить революцию в экономике, общественной жизни, в нашем сознании, наконец, можно, лишь изменив психологию людей, их устоявшиеся взгляды, отойти от догм, искать новые пути развития.

Если мы с вами не поймем, что умственно отсталые дети — проблема социальная прежде всего, а потом медицинская, мы никогда не добьемся успеха. Мы должны на всех уровнях государственной иерархии изменить свои взгляды на родовспоможение!

Ключ к решению проблемы специалисты видят в пренатальной диагностике. Плод с первых недель жизни станет пациентом. Обследоваться должны все женщины, готовящиеся стать матерями. Если беременность протекает нормально, рожать в обычном роддоме. Остальных объединять в группы риска. Для них создавать перинатальные центры. Там женщина будет наблюдаться во время беременности, там рожать, там будут выхаживать ее ребенка. Именно в этих центрах надо концентрировать самую современную аппаратуру, дорогостоящую и опять-таки купленную за валюту. Но затраты себя оправдают. Врачи и медицинские сестры, не от случая к случаю, а каждодневно сталкиваясь с тяжелыми родами, приобретут квалификацию, опыт. Они быстрее освоят технику, быстрее научатся с ней работать.

Речь о создании таких центров шла на совещании в Минздраве СССР. Заместитель министра здравоохранения СССР А. А. Баранов сказал о том, что перинатальные центры надо строить почти в каждом областном городе страны. Это обойдется в несколько миллиардов рублей. Нужны дополнительные ассигнования. Министерство вряд ли само справится с решением такой задачи, это очевидно. Но ведь проблема не ведомственная. Общегосударственная!

XIX Всесоюзная партийная конференция высказалась за поднятие роли Советов народных депутатов. Думается, что решение данной проблемы и в их компетенции тоже. В каждой области есть крупные предприятия, они могли бы выделить средства из своего бюджета на строительство перинатальных центров, ведь на каждом работают женщины. Только общими усилиями можно отвести беду!

Вот мы все чаще говорим, что наше общество становится более образованным, более культурным. А имеем ли мы право себя считать таковыми? Вспомните, как верно заметил М. Горький, что высота культуры определяется отношением к женщине.

В. ШКОЛЬНИКОВА.

ЕЩЕ РАЗ О ГОЛОДАНИИ

«Лечебное голодание — только в стационаре» («Здоровье» № 1 за 1988 год) — так отвечал доктор медицинских наук Ю. И. Полищук на просьбы читателей журнала познакомить их с методикой самостоятельного лечения голодом. Этот ответ вызвал новую волну писем. Их авторы просят рассказать, в каких клиниках и при каких заболеваниях можно лечиться голодом. Ю. И. Полищук выполняет просьбу читателей.

Голодание, главным образом при лечении нервно-психических заболеваний, применяют в Москве в клинике Института психиатрии Минздрава РСФСР, в клинической больнице № 8 имени Соловьева — клинике неврозов, в Риге — в республиканской психиатрической больнице, в Свердловске, Вологде, Перми и Ставрополе — в областных и краевой психиатрических больницах. В Ленинграде во Всесоюзном НИИ пульмонологии Минздрава СССР голодание используют при лечении бронхиальной астмы.

Накоплен опыт применения дозированного голодания при гипертонической болезни, заболеваниях суставов. В частности, в 11-й городской больнице Кривого Рога. В больнице № 68 Москвы в отделении на 40 коек проводят лечение методом голодания страдающих бронхиальной астмой, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, пищевой аллергией, артрозами. Консультирует в этом отделении автор метода лечебного голодания профессор Ю. С. Николаев.

Желающие лечиться этим методом должны получить направление в поликлинике по месту жительства, а отборочная комиссия клиники или отделения госпитализирует по показаниям.

Еще раз подчеркиваю: самостоятельное продолжительное голодание в домашних условиях недопустимо. Лечение этим методом нужно проводить только под врачебным контролем и в стационаре.



СДЕЛАЙТЕ ВЫВОДЫ!

Плавание, прогулки пешком, на лыжах, гребля помогут предотвратить окостенение позвоночника.

Смешанное питание — регулятор работы всех звеньев пищеварительной системы.

Вовремя начатое лечение гипотиреоза — гарантия нормального развития ребенка. Упущенные сроки — беда на всю жизнь.

Только в больнице можно вывести пострадавшего из травматического шока.

СПАСЕНИЕ — в ДВИЖЕНИИ!

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ



Э.Р.АГАБАБОВА, профессор

Если вы прочтете на странице 17 статью о механизме развития болезни Бехтерева, то узнаете, что это заболевание прогрессирует медленно. Благодаря этому нередко удается остановить его развитие на ранней стадии, пока процесс не распространился на весь позвоночник.

И здесь очень многое зависит от самого больного, так как предотвратить окостенение позвоночника помогают только двигательная активность и систематические занятия лечебной физкультурой. Нередко же больные щадят себя, стараются больше сидеть или лежать. И совершают роковую ошибку. Именно в движении их спасение! Освоить комплекс упражнений поможет врач или методист лечебной физкультуры. Выполнять упражнения надо сначала 2, а потом и 3—4 раза в день и каждый раз до появления легкой усталости. Гимнастические снаряды использовать нельзя.

Старайтесь избегать любых чрезмерных физических нагрузок, длительного пребывания в позе, усугубляющей сутулость. Если приходится долго сидеть за столом, чаще меняйте положение тела: посидите, например, откинувшись на спинку стула, или походите минут семь. Нельзя долго стоять, поднимать тяжести. Спать можно только на твердой постели, подложив под матрац щит, а подушка должна быть маленькая и плоская.

Очень полезно плавать, причем лучше не на спине и не на боку, а на груди. Ходите пешком, на лыжах в спокойном темпе по ровной местности, занимайтесь греблей. А вот прыжки и бег противопоказаны, так же как и быстрые, резкие движения, тряска, например, во время езды по неровной дороге.

Раз в 6—8 месяцев рекомендуется провести курс массажа спины и при отсутствии противопоказаний — физиотерапевтические процедуры на крестцово-подвздошные сочленения и весь позвоночник. Некоторым больным хорошо помогает иглорефлексотерапия.

Различные противовоспалительные и обезболивающие средства врач назначает индивидуально в зависимости от состояния пациента и активности воспалительного процесса. Чтобы своевременно получать курс восстановительного, в том числе и лекарственного, лечения, каждый страдающий болезнью Бехтерева должен обязательно находиться на диспансерном наблюдении у ревматолога, аккуратно являться по его вызову на прием.



И.Н.РУЧКИН,
кандидат
медицинских наук

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА
ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА

КОМПЛЕКС № 1

Этот комплекс желательно делать два раза в день — утром и вечером, но не позднее чем за 2 часа до сна. Через один-два месяца можно начать постепенно увеличивать количество повторений каждого упражнения до 10—12 раз.

Выполняйте упражнения, лежа на жесткой поверхности (на кушетке).

Старайтесь максимально расслабить мышцы, дыхание не задерживайте.

Лежа на спине, под головой небольшая подушка

1. И. П. — руки вдоль туловища, ноги вместе. Поднять руки вверх — вдох, опустить — выдох. Повторить 3—4 раза.

2. И. П. — руки за головой, ноги вместе. Попеременно сгибать ноги, скользя пятками по кушетке. Дыхание произвольное. Повторить 6—8 раз.

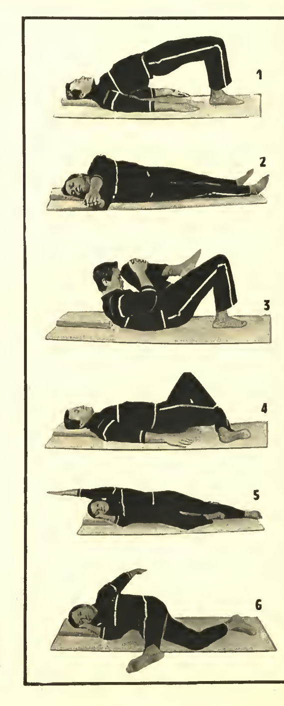
3. И. П. — руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях. Поднять таз — вдох **(фото 1)**, опустить — выдох. Повторить 4—6 раз.

4. И. П. — руки вдоль туловища, ноги вместе. Сгибать и разгибать пальцы ног и рук. Дыхание произвольное. Повторить 10 раз.

5. И. П. — ноги и руки разведены в стороны. Выдохнуть, повернуть корпус вправо, коснуться левой рукой правой кисти — выдох **(фото 2)**, вернуться в и. п.— вдох. То же в другую сторону. Повторить 4—6 раз.

6. И. П. — руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях. Развести руки в стороны — вдох, подтянуть правое колено к груди, помогая руками,— выдох **(фото 3)**. То же другой ногой. Повторить по 4—6 раз.

7. И. П. — руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях, стопы на ширине плеч. Правым коленом коснуться левой пятки **(фото 4)**. То же другой ногой. Дыхание произвольное. Повторить по 6—8 раз.



При выполнении этих упражнений надо добиться как можно более полного расслабления мышц. А затем приступать к упражнениям из исходного положения лежа на боку.

Лежа на правом боку.

8. И. П. — правая рука под щекой, левая вдоль туловища, правая нога согнута в колене, левая выпрямлена. Потянуться левой рукой вверх — вдох **(фото 5)**, вернуться в и.п.— выдох. Повторить 2—4 раза.

9. И. П. — то же. Отвести левую руку назад, а левую ногу вперед **(фото 6)**. Маховыми движениями менять их положение. Дыхание произвольное. Повторить 4—5 раз.

10. И. П.— то же. Поднять левую ногу вверх — вдох, вернуться в и. п.— выдох. Повторить 6—8 раз.

Сделать те же упражнения, лежа на левом боку.

Если вы хорошо освоили все упражнения и нагрузка по силам, врач может разрешить перейти к выполнению упражнений комплекса № 2 (он будет опубликован в следующем номере журнала). Предупреждаю особо: увеличивать физическую нагрузку допустимо только с ведома врача!

РАЗДЕЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ



Ю. М. НЕМЕНОВА,
кандидат медицинских наук

Для того чтобы все процессы жизнедеятельности нашего организма протекали на оптимальном уровне, мы должны получать с пищей белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные соли и микроэлементы в количествах, соответствующих возрасту, полу, энергозатратам. Обеспечить это возможно лишь в том случае, если человек питается разнообразно. Так считает большинство специалистов, занимающихся проблемами питания.

Однако сторонники так называемого раздельного питания — американские ученые Брегг, Шелтон, Уокер — придерживаются другой точки зрения. В последнее время у нас активно пропагандирует раздельное питание доктор медицинских наук И. П. Неумывакин.

Сторонники раздельного питания утверждают, что нельзя есть хлеб или картофель с мясом, сыром или рыбой, а орехи с мучными изделиями, молоко с кашей. По их мнению, мясо, молоко и фрукты не следует сочетать ни с какими другими продуктами. И обосновывают они это особенностями переваривания в пищеварительном тракте продуктов, содержащих крахмал и белок. Крахмал, как правило, подвергается расщеплению под действием пищеварительных ферментов в щелочной среде, а белок — в кислой, и когда эти два процесса происходят одновременно, они якобы мешают друг другу. Вот почему, утверждает Х. Шелтон, в желудок не должны поступать одновременно растительные и животные продукты (крупы или хлеб и мясо или молоко, сыр, рыба); ведь в растительных продуктах присутствует преимущественно крахмал, а в животных — белок. Раздельное же поступление этих продуктов в желудок, считает Х. Шелтон, способствует более полному их перевариванию и лучшему усвоению, а это предупреждает процессы гниения и брожения в желудке и кишечнике.

Такая позиция не находит поддержки ни среди специалистов Института питания АМН СССР, ни среди многих других советских и зарубежных ученых.

Известно, что в желудке осуществляется лишь начальная стадия расщепления белка на грубодисперсные частицы — альбумозы и пептоны. Основной процесс переваривания белков, жиров и углеводов происходит не в желудке, а в тонкой кишке. В ответ на поступление пищевой массы из желудка в двенадцатиперстную кишку рефлекторно начинает выделяться панкреатический сок с богатым набором пищеварительных ферментов: липазы, амилазы и протеолитических ферментов, переваривающих соответственно жиры, углеводы и белки. Эти ферменты могут одновременно принять участие в расщеплении различных пищевых веществ, отнюдь не «мешая» друг другу.

При поступлении пищи в двенадцатиперстную кишку, кроме панкреатического сока, выделяется и желчь, помогающая переваривать жир.

Таким образом, смешанное питание является как бы «включателем» всех ферментативных звеньев пищеварительной системы, регулятором работы всего пищеварительного тракта.

Более того, в сложном процессе пищеварения, а также усвоения конечных продуктов расщепления пищевых веществ на клеточном уровне участвуют не только ферменты, но и гормоны, витамины. Например, для переваривания и усвоения белка необходимы поступающие с пищей витамины группы В, в том числе витамин B_6, а для переваривания углеводов — витамин B_1. Обеспечить организм всеми необходимыми пищевыми веществами возможно только при смешанном питании. Вот почему завтрак, обед, ужин должны быть максимально разнообразны по набору продуктов, содержащих все пищевые вещества.

Если мы съедим только кусок мяса и получим в основном белок, то в его переваривании будут активно участвовать протеолитические ферменты. Все остальные ферменты, выделившиеся в ответ на пищевой раздражитель, останутся «безработными». Систематическое ограничение активности каких-либо ферментов, гормонов, работа вхолостую эндокринных желез, тех или иных звеньев нервной системы, принимающих участие в сложном процессе пищеварения, неминуемо приведет к нарушению функции пищеварительной системы, к различным заболеваниям.

Если, к примеру, в рационе резко ограничены жиры, это неизбежно будет способствовать застою желчи, что, в свою очередь, может стать причиной возникновения желчнокаменной болезни.

Раздельное питание оправдано только при некоторых заболеваниях желудка и кишечника, когда возникает непереносимость одних продуктов в сочетании с другими.

Одновременное переваривание разных пищевых веществ важно еще и потому, что в лимфу и кровь начинают при этом поступать в определенных соотношениях все конечные продукты их расщепления: аминокислоты, жирные кислоты, моносахариды. Если же переваривается один продукт, содержащий, скажем, крахмал, то образуются только глюкоза и фруктоза (моносахариды). Организму трудно усвоить сразу большое количество этих веществ, и может возникнуть гипергликемия (повышение содержания сахара в крови). В ответ на это перевозбуждается поджелудочная железа, которой приходится выделять большое количество инсулина, необходимого для превращения сахара крови в гликоген мышц и печени. В конечном итоге функция поджелудочной железы может нарушиться.

Когда организм вынужден часто утилизировать избыточное количество аминокислот, образовавшихся при расщеплении поступившего с пищей белка, это тоже может неблагоприятно сказаться на деятельности многих органов, в том числе печени и почек. Наиболее физиологично протекают процессы обмена веществ, если в кровь поступает небольшое количество конечных продуктов расщепления разных пищевых веществ.

А раздельное питание может быть оправдано только при некоторых заболеваниях желудка и кишечника, когда возникает непереносимость одних продуктов в сочетании с другими, например, молока с овощами или капусты с жиром. Кстати, об этом говорит в своих последних работах американский ученый Брегг.

Несколько слов о возможности сочетания молока с другими продуктами пита-

ния, поскольку эта тема в последнее время обсуждается даже на страницах центральной прессы. Более того, в некоторых публикациях содержится призыв вообще исключать молоко из рациона. А это неправильно. Научными исследованиями, проведенными в Институте питания АМН СССР, неопровержимо доказано, что сочетание молока с кашей или с хлебом гарантирует наиболее полноценный синтез белков в организме, поскольку злаковые культуры (зерно, крупы) бедны незаменимой аминокислотой лизином, а в молоке она содержится.

Что же касается исключения из рациона взрослых молока и молочных продуктов, по этому поводу можно сказать следующее. В 1985 году было проведено рабочее совещание экспертов ВОЗ, на котором рассматривался вопрос о распространенности в различных регионах земного шара заболевания, связанного с недостаточностью фермента лактазы, участвующей в переваривании молочного сахара — лактозы. Эти больные не должны есть молочные продукты. А здоровым людям ни в коем случае нельзя исключать полностью молоко и молочно-кислые продукты из рациона, поскольку они относятся не только к продуктам высокой пищевой ценности, но и обладают защитным действием, способствуют профилактике ряда заболеваний. Благодаря высокому содержанию таких минеральных элементов, как кальций, калий, магний, а также холина и аминокислоты метионина молоко, особенно низкожирное, нормализует артериальное давление, оказывает антисклеротическое действие.

Кроме того, молоко и молочно-кислые продукты, поддерживая на оптимальном уровне бактериальный состав микрофлоры толстой кишки, снижают риск развития злокачественных опухолей в этом органе. 18-летние исследования, проведенные в США на большом количестве наблюдений, показали, что у людей, выпивающих ежедневно 1—2 стакана молока или кефира, риск развития рака прямой кишки в 3—4 раза меньше, чем у тех, кто этого не делает.

ВАКЦИНАЦИЯ АКДС — БЛАГО ИЛИ ЗЛО?

Статья «Ну подумаешь — укол...», опубликованная в «Комсомольской правде» 15 сентября, встревожила матерей. И уже назавтра нам заонили из разных городоа с одними и теми же вопросами: правда ли, что мертиолят, содержащийся в вакцине АКДС, вреден и что его запрещается применять? И как теперь быть, если подошел срок вакцинации: делать ребенку прививку или лучше не делать?

Мы обратились в Минздрав СССР, где эта статья обсуждалась с не меньшим волнением. И не только в Главном управлении карантинных инфекций и Главном управлении лечебно-профилактической помощи детям и матерям, но и с трибуны совещания, на которое были приглашены педиатры, эпидемиологи, инфекционисты, изготовители вакцины.

Вот как нам сформулировал главные выводы этого совещания начальник отдела Главного управления карантинных инфекций А. В. ПИЧУШКОВ:

1. В основу технологии изготовления отечественной вакцины АКДС положена технология США, где впервые был разработан этот препарат. Эта технология предусматривает, в частности, использование мертиолята. В настоящее время АКДС-вакцина, изготовляемая по принципиально той же технологии с применением мертиолята широко используется во всех развитых странах, где, как и у нас, проводится трехкратная аакцинация детей на первом году жизни.

АКДС-вакцина, выпускаемая в СССР, полностью соответстаует требоааниям ВОЗ и не уступает аналогичным препаратам, выпускаемым ведущими зарубежными фирмами США, Великобритании, Канады, ФРГ, Швейцарии. По результатам международных лабораторных исследований, проведенных в 1975—1977 и 1981—1982 годах отечественная АКДС-вакцина в лабораторных тестах была охарактеризована как одна из наименее реактогенных среди аналогичных зарубежных препаратоа.

2. За 30 лет применения АКДС-вакцины заболеваемость дифтерией в нашей стране снизилась более чем в 141 раз, коклюшем — более чем в 41 раз. Однако полностью дифтерия еще не ликвидирована, и сегодня встречаются не только легкие, но и тяжелые токсические ее формы, при которых аысок риск смертельного исхода. Поэтому по единогласному мнению специалистоа применение вакцины АКДС остается необходимым.

3. Существует ли риск нежелательных реакций организма на введение вакцины АКДС? Да, существует. Любая профилактическая прививка представляет собой огромную нагрузку на организм, требует сложной перестройки его иммунной системы. Безразличных для организма лекарств и тем более вакцин пока нигде а мире нет. Однако многолетний опыт применения вакцины АКДС показал, что осложнения могут возникнуть в тех случаях, когда прививка была сделана без учета протиаопоказаний. Основные факторы, способствующие развитию осложнений,— заболевания нервной системы и возникавшие когда-либо судороги. В этих случаях прививки категорически противопоказаны. Данное противопоказание — постоянное. Большинство других противопоказаний временные.

Прививку делают только после углубленного медицинского осмотра, если ребенок здоров. Это правило, известное медицинским работникам, должно быть известно и матерям! Их долг — следить за тем, чтобы это условие соблюдалось со всей тщательностью, чтобы были учтены все особенности реакций ребенка, порой неизвестные арачу.

Во всем мире ученые работают над совершенствованием вакцины АКДС. Такая работа ведется и в нашей стране. Утверждена программа разработки вакцины с более совершенным коклюшным компонентом — ибо осложнения обусловливает не мертиолят, а именно этот компонент.

Как видим, есть основания посоветовать мамам, колеблющимся — делать или не делать ребенку прививку АКДС — делать! При соблюдении условий, о которых напоминают врачи, это не зло, а благо. Пусть профилактическая прививка и небезразлична для организма, но это единственная защита против инфекций, которые могут оказаться смертельными.

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ



М. А. ЖУКОВСКИЙ, профессор, заслуженный деятель науки РСФСР

Почти о каждом заболевании можно сказать: чем раньше начато лечение, тем меньше ущерба нанесет болезнь организму. Но при врожденном гипотиреозе эта зависимость огромна — упущенное время может решить судьбу ребенка.

Гипотиреоз — заболевание, вызванное понижением функции щитовидной железы. Маленькая по размеру и по массе (у новорожденного она весит не более грамма, у ребенка 5—10 лет — около 10 граммов, у взрослого — 30—35), точно щит, закрывающая гортань, эта железа выполняет в организме очень важную роль. Она концентрирует йод из плазмы крови, усваивает его, образуя гормон тироксин, и обеспечивает регулярное поступление этого гормона в кровь.

Тироксин — энергичный стимулятор всех видов обмена веществ, всех биохимических процессов, протекающих в организме. Он воздействует практически на все органы, но особенно на сердце и мозг; без него невозможна нормальная жизнедеятельность.

Тироксин жизненно необходим растущему организму. При его недостатке задерживается рост костей в длину, тормозится не только физическое, но и умственное развитие. Именно поэтому особенно опасен врожденный гипотиреоз, который развивается внутриутробно, в период формирования эндокринной системы плода. Такая врожденная недостаточность щитовидной железы чаще всего наблюдается в регионах, где в воде, почве и растениях мало йода.

Выработка тироксина может понижаться в любом возрасте — в результате каких-либо воспалительных процессов в ткани щитовидной железы, иногда после острых инфекционных заболеваний. У взрослых гипотиреоз не производит такого разрушительного действия на организм, но, конечно, требует безотлагательного лечения.

Иногда женщины, страдающие гипофункцией щитовидной железы и получающие в связи с этим тиреоидные гормоны, продолжают и во время беременности, не посоветовавшись с врачом, применять это лекарство в слишком больших дозах. А когда гормон в избыточных количествах поступает в организм плода, развитие функций его собственной щитовидной железы тормозится — как бы за ненадобностью.

Признаки гипотиреоза можно обнаружить у ребенка уже в первые месяцы жизни. Но более явственно они начинают проявляться с того момента, когда прекращается кормление грудью, так как с грудным молоком в организм малыша поступают материнские гормоны. У детей же, которых вскармливают искусственно, дефицит тироксина проявляется раньше.

Обращают на себя внимание вялость, малоподвижность, безразличие ребенка. Он почти никогда не оживляется, не узнает мать, не интересуется игрушками. Может подолгу лежать в мокрых пеленках, не требовать есть, когда голоден. С каждым месяцем ребенок все больше и больше отстает в росте и развитии. В положенные сроки он не держит голову, не садится, не начинает ходить. Голова у него слишком большая по сравнению с туловищем, а теменной родничок часто остается открытым даже после двух лет. Запаздывает и прорезывание зубов, они быстро разрушаются. Волосы редкие, сухие, ломкие, кожа бледная, лицо одутловатое.

Чем дольше остается ребенок без лечения, тем более глубокие и трудно обратимые изменения происходят в его организме. Вот недавно, к примеру, в детскую клинику Института экспериментальной эндокринологии и химии гормонов АМН СССР поступила шестилетняя девочка, ростом с двух-трехлетнюю, не умевшая ни ходить, ни говорить, совершенно апатичная, ни на что не реагировавшая. Она и дома все годы была такой же, а мать не давала ей назначенных лекарств, надеясь, что как-нибудь все пройдет само собой. Нет, при гипотиреозе таких чудес не бывает и быть не может!

В клинике экстренно начали лечение тиреоидными гормонами. Спустя некоторое время девочка сделала первые неуверенные шаги, произнесла первые в жизни слова. Но добиться кардинального улучшения уже не удалось.

Но есть под нашим наблюдением сотни детей, которым диагноз гипотиреоза был поставлен в период новорожденности, и тут же началось лечение. Эти дети растут и развиваются вполне нормально. Нарушенная функция щитовидной железы у них полностью компенсируется введением гормона.

Гормон щитовидной железы выпускают в таблетках. Дозу врач подбирает индивидуально, начиная обычно с минимальной и увеличивая ее до адекватной состоянию ребенка.

Надо ли напоминать, как важно со всей пунктуальностью выполнять назначенное лечение? Ведь только с окончанием роста снимается угроза необратимых изменений, вызываемых дефицитом гормона. Но и это не означает, что лечение можно прекратить — продолжать его придется всю жизнь.

Ребенку, страдающему гипотиреозом, необходимо полноценное, богатое витаминами питание. Ему полезны свежие овощи, морская капуста (в ней высокое содержание йода). В его рационе должны быть ежедневно мясные блюда. А мучные продукты, сладости желательно ограничивать.

И, конечно, если отставание в умственном развитии все же произошло, очень важно, руководствуясь советами педагога и врача-эндокринолога, терпеливо и настойчиво заниматься с ребенком.

Сейчас благодаря достижениям биохимии, эндокринологии и радиобиологии удалось разработать тесты, позволяющие выявить гипотиреоз уже у новорожденного. Пока их применяют только в тех регионах, где наиболее велика вероятность заболевания гипотиреозом.

Но напомню еще раз: у каждой матери есть на вооружении универсальный и, надо сказать, часто очень действенный метод: внимание, внимание и еще раз пристальное внимание к ребенку!

Врожденная недостаточность щитовидной железы чаще всего наблюдается в регионах, где в воде, почве и растениях мало йода.

ПОВРЕЖДЕНА ГРУДЬ — ЖИЗНЬ В ОПАСНОСТИ

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ



Е. А. ВАГНЕР,
академик
АМН СССР

Транспортный травматизм принял размеры и характер невиданной эпидемии — прямо-таки современной чумы. По данным Всемирной организации здравоохранения, на улицах и дорогах мира в результате дорожно-транспортного происшествия каждые 2 минуты погибает человек и каждые 5 секунд кто-то становится инвалидом. А повреждения груди в структуре травматизма занимают одно из ведущих мест.

При этой травме в первую очередь страдает костный «корсет» груди — ребра, грудина, лопатки. Весьма часто (у каждого третьего пострадавшего) в той или иной степени повреждаются органы, расположенные внутри грудной клетки (легкие, сердце, крупные сосуды, грудобрюшная преграда, пищевод, трахея, бронхи). Бывает и так: кости целы, а легкое, сердце, трахея пострадали. Да и количественная характеристика костных повреждений самая различная: сломано одно ребро или несколько ребер, переломы односторонние или двусторонние, переломы ребер по одной линии или по двум, в сочетании с повреждением других областей тела (политравма) или только изолированная травма груди.

Проявления травм груди поэтому весьма разнообразны. Основной симптом — боль, обычно очень сильная, затрудняющая откашливание. В результате бронхи закупориваются бронхиальным секретом, развивается одышка. Серьезно нарушается обогащение крови кислородом и стремительно нарастает дыхательная недостаточность. К этому присоединяется расстройство кровообращения. Наиболее опасна кровопотеря из поврежденных легких, сердца, сосудов.

Мы в нашей клинике специально изучали частоту повреждений легкого и сердца при тяжелой травме груди. Она оказалась равной соответственно 70% и 25%. Вот почему при травме груди надо «бить во все колокола», и уж ни в коем случае такого пострадавшего нельзя оставлять дома. Следует всегда стремиться быстрее и бережнее доставить его к врачу-травматологу, а еще лучше — в специализированное хирургическое отделение.

Самой частой формой закрытой травмы груди являются переломы ребер, одного — трех и более. У населения укоренилось убеждение о большой пользе фиксирующих повязок при переломах ребер. Хирурги уже давно категорически возражают против этого. Ведь фиксирующая повязка еще более затрудняет дыхание. Нередко в нашу клинику госпитализировали пожилых пострадавших с единичными переломами ребер и с большим дефицитом кислорода в организме. А виновата в этом была повязка, наложенная пострадавшему родственниками. Повязка может стать причиной потери сознания. Приходится принимать реанимационные меры, чтобы вывести в таких случаях человека из тяжелой дыхательной недостаточности.

Не так уж редко травма груди сопровождается скоплением крови в плевральной полости (гемоторакс). В условиях стационара эту кровь обязательно удаляют, иначе она инфицируется и возникает гнойное воспаление плевры, требующее длительного, а иногда и оперативного лечения.

У некоторых пострадавших наблюдается подкожная эмфизема. Концами сломанных ребер повреждаются легкие, и воздух поступает и распространяется по подкожной клетчатке. Тогда тело угрожающе вздувается, черты лица обезображиваются, человек становится неузнаваемым. Помощь такому пострадавшему должна быть оказана срочно и обязательно врачом. Диапазон лечебных мероприятий в подобных случаях очень широк — от отсасывания газа иглой до операции.

Специалисты всего мира уделяют большое внимание особой форме травмы груди — сдавлению грудной клетки. Грудная клетка сдавливается, например, буферами вагонов, или рулем автомашины, или автокар прижимает пострадавшего к стене. Здесь многое зависит от величины механической нагрузки на грудь и от времени ее сдавления.

Костных повреждений при этом может не быть, однако состояние пострадавшего обычно тяжелое. Лицо становится синюшно-багровым, происходят кровоизлияния в конъюнктиву глаз, кровотечение из ушей. Такой человек нередко заторможен. На вопросы отвечает слабым голосом и как бы после некоторого раздумья. Несмотря на отсутствие видимых внешних повреждений в результате травмы в организме серьезно нарушаются жизненно важные функции — развивается травматический шок. Первую помощь в таких случаях надо оказывать без промедления: устранить сдавление груди, уложить травмированного на горизонтальную поверхность, ослабить и расстегнуть одежду, напоить чаем, согреть, немедленно вызвать «Скорую».

Только в стационаре можно такого пациента вывести из шока. Должен заметить, что быстрая доставка пострадавшего в больницу, начало лечения уже в движущейся санитарной машине, развернутое комплексное лечение обеспечивают в большинстве случаев благоприятный исход.

Травма груди опасна! Попытки самолечения заканчиваются весьма печально: могут возникнуть тяжелые осложнения и трудноустранимые последствия.

Пермь

Хирурги категорически возражают против фиксирующих повязок при переломе ребер!



Чтобы стать членом комсомольско-молодежного производственного строительного отряда, мастеру автоматического цеха № 2 Первого государственного подшипникового завода Николаю Бескоровайному пришлось освоить на курсах специальность монтажника и, что самое главное, победить в заводском социалистическом соревновании. Только лучшие молодые производственники 50 предприятий столицы возводят МЖК «Сабурово», начало которому положено два года назад.

Сегодня «Сабурово» — это 3570 квартир с жилой площадью 210 тысяч квадратных метров, 3 детских сада, 2 из них с бассейном, школа, поликлиника, АТС, магазины, предприятия службы быта. Планируется сооружение крытого бассейна, спортзалов, теннисных кортов. На первых этажах жилых домов открываются клубы по интересам, различные кружки.

Николай Бескоровайный вместе с бригадой монтажников строил школу и детский сад. Недавно он и его жена Надежда, контролер ОТК того же завода, пятилетняя Оксана и трехлетний Саша переселились из общежития в новую трехкомнатную квартиру.

Закончится год (на такой срок заключен договор), и Николай Адамович вернется в цех, к своим обязанностям мастера и секретаря партийной организации. Активное участие самих трудящихся в улучшении условий жизни стало яркой приметой сегодняшнего социального климата в стране.

— Взять хотя бы МЖК «Сабурово»,— говорит Н. Бескоровайный,— его пример наглядно убеждает: чем лучше мы будем работать, тем лучше станем жить. А хорошие жилищные условия — это и здоровье, мир и покой в семье, высокая производительность труда на производстве.

На фото Н. А. Бескоровайный.

В связи с публикацией в журнале «Здоровье» (№ 5 за 1988 год) статьи «Меркурию не до шуток» Госснаб СССР рассмотрел совместно с Госкомприроды СССР, Минэлектротехпромом СССР, Минавтопромом СССР, Минцветметом СССР и Минздравом СССР состояние дел с организацией в народном хозяйстве утилизации и обезвреживания отработанных и бракованных ртутьсодержащих ламп.

По установленному в народном хозяйстве порядку ответственность за проведение мероприятий по утилизации, обезвреживанию и захоронению токсичных промышленных отходов несут министерства и ведомства СССР, предприятия и организации, в которых образуются такие отходы. Одновременно определен порядок финансирования, строительства и эксплуатации полигонов по обезвреживанию и захоронению токсичных отходов. Письмом Минздрава СССР от 21 января 1985 года № 128-6/51-6 запрещен вывоз на свалки ртутных и люминесцентных ламп.

Институт ВНИИР Госснаба СССР инициативно разработал и внедрил в 1980 году установку для выделения ртути из отработанных и бракованных люминесцентных ламп. Широкое внедрение этих установок сдерживается отсутствием оборудования серийного производства. Действующие в настоящее время установки изготовлены силами заинтересованных предприятий.

Минэлектротехпром СССР, которому поручено организовать в 1986—1990 годах серийное изготовление установок для переработки бракованных и отработанных ламп, в текущем году приступил к изготовлению второй установки УДЛ-750.

Учитывая ежегодный объем выпуска люминесцентных ламп предприятиями Минэлектротехпрома СССР и структуру их распределения по регионам, для организации переработки всего объема использованных ламп необходимо изготовить 25 штук установок УДЛ-750 и 500 штук установок УДЛ-100 и УДЛ-150.

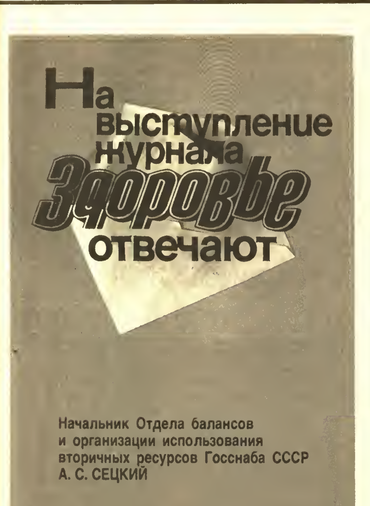
Для решения в короткие сроки проблемы утилизации отра-

На критику, прозвучавшую в рейдовом материале журнала («Здоровье» № 3 за 1988 год) «Вирус на маникюрных щипчиках», сообщаем, что предприятиями парикмахерских услуг на местах проведены проверки и приняты меры по соблюдению санитарных правил устройства и содержания парикмахерских и косметических кабинетов и обеспечению рабочих мест двойным комплектом инструмента, а для их дезинфекции — спиртом гидролизным или денатурированным и дезрастворами.

В отдельных парикмахерских Калужской, Пермской, Тюменской и Кировской областей маникюрши и педикюрши не обеспечены двойным набором профессионального инструмента, в связи с чем падает качество обслуживания.

По сообщению производственного объединения «Мосгорпарикмахерские», маникюрши этого предприятия уже обеспечены тройным набором заусеничных ножниц и кусачек, а педикюрши — двойным.

В июне текущего года Центральное проектно-конструкторское технологическое бюро Минбыта РСФСР (ЦПКТБ) провело апробацию профессиональных наборов маникюрного и пе-



Начальник Отдела балансов
и организации использования
вторичных ресурсов Госснаба СССР
А. С. СЕЦКИЙ

оотанных и бракованных ртутьсодержащих ламп Госснаб СССР совместно с указанными министерствами и ведомствами принял следующие согласованные решения.

Минавтопром СССР в течение 1988—1989 годов полностью решит вопрос с утилизацией отработанных люминесцентных ламп, образующихся на подведомственных предприятиях. В текущем году будут введены установки на ЗИЛе, КамАЗе, ГАЗе, ВАЗе, а в 1989 году еще на шести предприятиях.

Минэлектротехпром СССР изготовит для народного хозяйства в 1988 году одну установку для утилизации люминесцентных ламп, в 1989 году — 23 установки, в 1990 году — 35. В тринадцатой пятилетке Минэлектротехпром СССР организует изготовление установок в количествах, необходимых народному хозяйству.

Минцветмет СССР организует селективную переработку коллективных концентратов цветных металлов, выделяемых при переработке люминесцентных ламп.

Госкомприроды СССР и Минздрав СССР совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами определяют очередность внедрения установок для демеркуризации ламп с учетом экологической обстановки в отраслях и регионах и устанавливают постоянный контроль за прекращением вывоза на свалки ртутьсодержащих ламп, внедрением мероприятий и изготовлением установок для обезвреживания ламп.

Кроме того, для ускорения решения указанной проблемы Госснаб СССР обратился к руководству машиностроительных министерств (Минсельхозмаша СССР, Минстройдормаша СССР, Минэлектротехпрома СССР, Минавиапрома СССР, Минмаша СССР, Минобщемаша СССР и другим) с просьбой рассмотреть вопрос об организации в отраслях, начиная с 1989 года, изготовления установок для обезвреживания всего объема использованных ртутьсодержащих ламп, образующихся на подведомственных предприятиях.

Заместитель начальника
Главного управления
непроизводственных бытовых услуг
Министерства бытового
обслуживания населения РСФСР
В. Д. МАКАРОВ

дикюрного инструмента. Главк непроизводственных бытовых услуг утвердил образцы-эталоны для серийного производства.

Новые наборы, начиная с IV квартала 1988 года, будет поставлять в систему бытового обслуживания страны ленинградское НПО «Буревестник» в количестве 10 тысяч наборов маникюрных и 1,4 тысячи наборов педикюрных ежегодно, что позволит обеспечить все парикмахерские не менее чем двойным комплектом инструмента.

Главное управление и ЦПКТБ подготовили техническую документацию на устройство для дезинфекции парикмахерского инструмента методом бактерицидного облучения. Главное санитарно-эпидемиологическое управление Минздрава СССР включило этот метод в обновляемые санитарные правила обработки парикмахерского инструмента.

Опытный образец устройства получил положительное заключение ВНИИ дезинфекции и стерилизации Минздрава СССР. В будущем году на одном из предприятий Минбыта РСФСР будет налажен серийный выпуск бактерицидных дезинфекторов.

ТОЛОКНЯНКА, БРУСНИКА, МОЖЖЕВЕЛЬНИК

**Д. А. МУРАВЬЕВА,
профессор**

Лекарственные средства, усиливающие образование мочи, называют диуретиками. Механизм их действия разный. Диуретики изменяют физико-химические свойства крови и других тканей, из-за чего облегчается выведение почками воды и солей. Их мочегонное действие может быть следствием улучшения функции сердечно-сосудистой системы, обмена веществ (усиление окислительных процессов). Диуретики стимулируют фильтрацию в почечных клубочках, уменьшают реасорбцию (обратное всасывание) воды и солей в почечных канальцах путем подавления активности ферментов эпителия почечных канальцев.

Известны такие высокоэффективные синтетические диуретические средства, как гипотиазид, фуросемид, диакарб, меркузал. Однако большая часть этих препаратов сильно действующие (список Б), а потому лечение ими требует пристального врачебного контроля за состоянием больного.

Растения-диуретики действуют мягко, и многие столетия (в эпоху Гиппократа, Галена, Авиценны и в средневековой европейской медицине) они были единственными широкодоступными лекарственными средствами, обладающими мочегонными свойствами. В народной медицине числится несколько десятков таких растений.

Особенностью многих из них является комплексность фармакологического действия. Чаще всего диуретики одновременно оказывают и желчегонный эффект (например, почки и листья березы, кукурузные рыльца).

Мочегонными свойствами могут обладать и лекарственные растения, имеющие в принципе другое лечебное назначение. Таковы, в частности, горицвет, наперстянка, ландыш, кардиотоническая активность которых сопровождается мощным диурезом.

Официальные растения-диуретики — толокнянка, брусника, береза, василек, девясил, земляника, лабазник, можжевельник, петрушка, рябина, полевой хвощ, почечный чай и ряд других. Сегодня мы расскажем о некоторых из этих растений.

ТОЛОКНЯНКА, или **МЕДВЕЖЬЕ УШКО.** Это вечнозеленый, сильно ветвистый, стелющийся кустарник из семейства вересковых. Листья обратно-яйцевидной формы, к основанию суженные, кожистые, сверху блестящие, темно-зеленые с обеих сторон. Цветки розоватые, кувшиновидные, поникшие, собранные короткими верхушечными кистями. Плоды красные, ягодообразные, с 5 косточками в мучнистой (отсюда и одно из названий растения — от слова «толокно») несъедобной мякоти. Зацветает толокнянка в мае. Плоды созревают к августу. Распространена в лесной зоне европейской части СССР и Сибири. Растет преимущественно в сухих сосновых борах с лишайниковым покровом. Собирают листья растения: во время цветения — прошлогодние, а осенью — листья текущего года.

Листья толокнянки богаты глюкозидом арбутином и дубильными веществами, содержат также галловую кислоту и флавоноиды. В организме арбутин подвергается гидролизу: освобождается гидрохинон, который в комплексе с другими веществами толокнянки проявляет мочегонное и дезинфицирующее действие при заболеваниях мочевого пузыря и мочевых путей. В аптеках изготавливают отвары (из 10 граммов листьев 200 миллилитров отвара — для взрослых). Толокнянка входит в мочегонные сборы.

Потребность в листьях толокнянки огромная. Ресурсы ее истощаются. Это медленно растущий кустарник, поэтому нужно собирать только листья, но не обрывать стелющиеся ветви.

БРУСНИКА. Листья брусники содержат те же вещества, что и листья толокнянки, и могут успешно ее заменять. Брусника — общеизвестный полукустарник с красными сочными съедобными ягодами. Листья эллиптические, несколько крупнее, чем у толокнянки, также кожистые, только по краям несколько загнутые внутрь. Снизу они бледно-зеленые, с многочисленными черными точками-железками. Листья брусники поступают в аптеки в виде брикетов.

МОЖЖЕВЕЛОВЫЕ ЯГОДЫ. Так мы неправильно называем сочные шишечки хвойного крупного кустарника (даже деревца) можжевельника обыкновенного из семейства кипарисовых. Можжевельник — двудомное растение. Пыльниковые и семенные шишки принадлежат разным особям. Семенные (женские) шишечки состоят из трех плодоносящих чешуй, в пазухах которых сидят семяпочки. После оплодотворения эти чешуйки становятся мясистыми и срастаются между собой, образуя сочный плод, внешне мало отличающийся от обычных ягод. На первом году они зеленые. А созревают, становясь черными, только на второй год. В рыхлой зеленовато-бурой мякоти находятся три семени треугольной формы; выпуклые снаружи и плоские со стороны их соприкосновения друг с другом.

Можжевельник составляет подлесок хвойных и хвойно-мелколиственных лесов северной и средней полосы европейской части СССР, Западной и Восточной Сибири. На Кавказе, Дальнем Востоке и в Средней Азии произрастают другие виды можжевельника, которые пока не приняты фармакопеей.

Зрелые, почти черные, ягоды легко можно сбить с веток на подостланную ткань, обстукивая или сотрясая деревце или кустарник. Зеленые плоды (первого года) удерживаются обычно на кусте. Ягоды сушат на воздухе или в тепловой сушилке.

На вкус ягоды сладковатые. Это объясняется их химическим составом (до 1 % эфирного масла, до 40 % сахаров, до 9 % смолистых веществ мало изученного состава, пектиновые вещества, яблочная и другие органические кислоты). Эфирное масло содержит разные терпены и их кислородные производные — борнеол, терпинеол, которые в совокупности обуславливают неповторимый «можжевеловый» запах.

Мочегонный эффект обусловливается эфирным маслом, которое, выделяясь через почки в комплексе с сахарами и пектинами, умеренно раздражает их. Одновременно дезинфицируются мочевые пути.

Применяют ягоды в виде водных настоев (10:200) сами по себе или в форме мочегонных сборов (см. «Здоровье» № 2 за 1988 год). Можжевеловые ягоды — одно из старинных мочегонных средств, настои которых, помимо всего, улучшают пищеварение и обладают отхаркивающим действием. Однако при нефритах и нефрозонефритах их применять нельзя.

ХВОЩ ПОЛЕВОЙ распространен по всей стране, за исключением полупустынных и пустынных зон. Растет на песчаных лугах, в пойменных

лесах и среди зарослей кустарников, заходит на паровые поля и в посевы. Летние вегетативные (бесплодные) стебли хвоща достигают 50 сантиметров высоты. Стебли с бороздками, членистые, мутовчато-ветвистые. Веток в мутовке от 6 до 18. Все они косо направлены вверх, простые, тоже членистые, четырех-пятигранные. Листьев у хвоща как таковых нет. Они редуцированы в цилиндрические влагалища, охватывающие стебли и веточки у основания их члеников. Влагалища на стеблях черно-бурые с белоокаймленными зубчиками, на ветках они более мелкие, зеленые, тоже с зубчиками.

Не надо путать полевой хвощ с другими видами — лесным, луговым, топяным, болотным, которые не только не применяются в медицине, но среди них есть и ядовитые. Запомнив характерный елочковидный облик хвоща полевого, нетрудно распознать его в природе.

В траве хвоща полевого содержится до 5 % тритерпенового сапонина эквизетонина. Другая группа биологически активных веществ — алкалоиды — присутствует в незначительных количествах. Имеются также флавоноидные соединения, в том числе эквизетрин, который представляет собой дисахарид кемпферола. Есть органические кислоты и дубильные вещества, небольшие количества витамина C и каротина. Но самая характерная составная часть хвоща — кремниевая кислота. Ее содержание может достигать 25 %, и находится она в связанной с органическими соединениями растворимой форме.



Траву полевого хвоща применяют как мочегонное средство при отеках, обусловленных недостаточностью кровообращения, а также при воспалительных процессах в мочевом пузыре и мочевыводящих путях (цистит, уретрит), при плевритах с большим количеством экссудата. Используют траву и в качестве кровоостанавливающего средства при геморроидальных и маточных кровотечениях, рекомендуют при некоторых формах туберкулеза, связанного с нарушением силикатного обмена. Подмечено, что это лекарственное растение способствует выведению из организма свинца.

Траву хвоща полевого применяют в форме водного отвара (10:200). Удобно пользоваться брикетами и гранулами травы. Входит она и в состав мочегонных сборов. Но применять ее можно лишь по назначению врача, поскольку хвощ противопоказан при нефритах и нефрозонефритах.

Пятигорск

КАРДИОЛОГ

На

Ассистент кафедры туберкулеза Томского медицинского института В. Р. Лимберг определяет функции внешнего дыхания пациента.

У речного причала пришвартовался завершивший очередную навигацию теплоход «Кардиолог». На нем уже четвертый год развернуто передвижное структурное подразделение НИИ кардиологии Томского научного центра АМН СССР — мобильная автоматизированная система оказания диспансерной кардиологической помощи в условиях низкой плотности проживания населения (МАСКАП).

С нынешнего года МАСКАП работает на основе хозрасчетных договоров с предприятиями и учреждениями. Под диспансерным наблюдением специалистов передвижного, оснащенного самым современным оборудованием комплекса — около 20 тысяч нефтяников, газовиков, лесозаготовителей севера Томской области.

Подавляющее число населенных пунктов этого региона размещено по берегам Оби и двух ее притоков — Чаи и Кети. Вот почему именно теплоход оказался самым подходящим транспортным средством для приближения специализированной кардиологической помощи жителям самых отдаленных районов. Сейчас к кардиологам подключаются врачи-пульмонологи, эндокринологи.

В каждую навигацию специалисты проводят комплексное обследование подопечных, оценивают эффективность проводимого местными медиками лечения, корригируют рекомендации, помогают рассчитать потребность в лекарственных препаратах.

Фото М. Вылегжанина

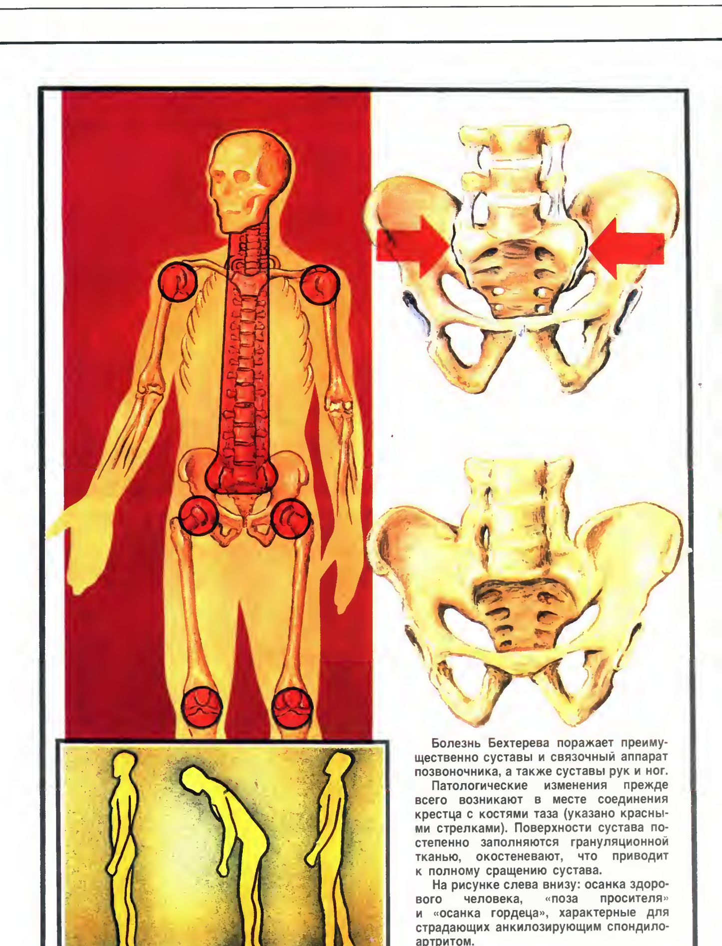
Кардиолог Л. Л. Телкова интересуется состоянием своего постоянного пациента, страдающего гипертонической болезнью.



рейде МАСКАП



Психоэмоциональный тест на ЭВМ «Искра»-1256 поможет выяснить, есть ли предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям у рабочей Колпашевского мясокомбината.



Болезнь Бехтерева поражает преимущественно суставы и связочный аппарат позвоночника, а также суставы рук и ног.

Патологические изменения прежде всего возникают в месте соединения крестца с костями таза (указано красными стрелками). Поверхности сустава постепенно заполняются грануляционной тканью, окостеневают, что приводит к полному сращению сустава.

На рисунке слева внизу: осанка здорового человека, «поза просителя» и «осанка гордеца», характерные для страдающих анкилозирующим спондилоартритом.

Рисунки А. Евсеева

З. Р. АГАБАБОВА,
профессор

БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА

Анкилозирующий спондилоартрит назван именем известного русского невропатолога и психиатра В. М. Бехтерева, который впервые дал его клиническое описание и назвал «одеревенелостью позвоночника с искривлением». Это хроническое воспалительное заболевание, поражающее преимущественно суставы и связочный аппарат позвоночника, что постепенно приводит к ограничению движений в позвоночнике и изменению осанки больного.

По данным эпидемиологических исследований анкилозирующий спондилоартрит обнаруживается у 0,1—0,4% населения, чаще у мужчин 40—49 лет. Но поскольку на ранних стадиях заболевание обычно не выявляется, так как протекает бессимптомно, то можно считать, что в действительности болезнь начинается в более молодом возрасте: в 15—30 лет. В последние годы нередко болезнь Бехтерева диагностируется и у женщин.

Причины заболевания до конца не выяснены. Полагают, что имеют значение два главных фактора: наследственная предрасположенность и инфекция, причем точно сказать, какой патогенный микроорганизм вызывает заболевание, пока не представляется возможным. Ученые предполагают, что возбудителями болезни являются главным образом представители кишечной микрофлоры, в том числе клебсиеллы, сальмонеллы, иерсинии. Иммунная система больных вследствие генетических (наследственных) особенностей не обеспечивает необходимой защитной реакции в ответ на попавшую в организм инфекцию, и она поражает суставно-связочный аппарат. Причем проявлений заболевания желудка и кишечника, вызываемых микроорганизмами, у страдающих болезнью Бехтерева обычно не бывает.

Развитию анкилозирующего спондилоартрита способствует переохлаждение, повышающее восприимчивость к любой очаговой инфекции, имеющейся в организме. Часто заболеванию предшествует хроническая инфекция мочеполовых органов, например, хронический уретрит, простатит. Бывает, заболевание начинается после перенесенной ослабляющей организм острой инфекции — гриппа, ангины.

Воспалительные изменения возникают прежде всего в месте соединения крестца с костями таза, в так называемом илеосакральном сочленении; развивается сакроилеит. Это первая стадия болезни Бехтерева. Поверхности сустава становятся неровными из-за очагов деструкции (разрушения), постепенно заполняющихся грануляционной тканью. Эта ткань служит основой для развития окостенения, или костного анкилоза, что со временем приводит к полному сращению сустава.

Ранние проявления поражения позвоночника — боль и чувство скованности (одеревенелости) в пояснично-крестцовой области, особенно сильные во вторую половину ночи и по утрам.

Боль беспокоит на протяжении нескольких месяцев, и ее нередко принимают за проявление радикулита, хотя она отличается постепенным, а не внезапным, как при радикулите, началом и большей продолжительностью. Боль сопровождается ограничением движений в поясничном отделе позвоночника. Человек не может согнуться, не может достать пальцами рук пол, не сгибая при этом ноги в коленных суставах. Иногда жалобы больных столь незначительны, что анкилозирующий спондилоартрит диагностируется лишь спустя несколько лет после его начала. Осанка больного в этот период не изменяется, и только при возникновении боли походка становится немного скованной, как бы щадящей.

На более поздней стадии заболевания развивается анкилоз крестцово-подвздошных суставов. Во многих случаях процесс этим и ограничивается. Но у некоторых поражаются и вышележащие отделы позвоночника. Воспаление охватывает мелкие межпозвонковые суставы, которыми позвонки соединяются друг с другом.

Когда в патологический процесс вовлекается грудной отдел позвоночника, появляется опоясывающая боль в грудной клетке, усиливающаяся при глубоком вдохе, кашле, во время тряски в транспорте. Иногда боль иррадиирует в область сердца, почек.

Постепенно развивается окостенение межпозвонковых суставов всего позвоночника. Они значительно суживаются и прорастают грубой фиброзной, а затем костной тканью.

Одновременно происходит оссификация (окостенение) и связок, укрепляющих позвоночный столб, что ухудшает, а с течением времени может и полностью ограничить его подвижность. На рентгеновском снимке такой позвоночник имеет вид бамбуковой палки.

Изменяется осанка больных. У одних туловище и голова резко сгибаются вперед, возникает так называемая поза просителя. У других, наоборот, спина становится плоской, как доска, шея выпрямлена и неподвижна («осанка гордеца»). Из-за атрофии прямых мышц спины человек передвигается, широко расставляя ноги, качая головой.

У некоторых больных воспалительные изменения происходят также в суставах рук и ног: плечевых, тазобедренных, голеностопных, коленных, что еще более увеличивает страдания и нарушает работоспособность.

При болезни Бехтерева в патологический процесс наряду с позвоночником и суставами могут быть вовлечены другие органы. Объясняется это, по-видимому, тем, что возникающие в иммунной системе нарушения приводят, в свою очередь, к патологическим изменениям в других системах организма.

Особенно часто наблюдаются поражения глаз. Установлено даже, что неподдающиеся общепринятым методам лечения ириты, иридоциклиты (воспаления радужной оболочки глаз) являются предвестниками болезни Бехтерева: заболевания глаз появляются за несколько лет до начала развития патологического процесса в позвоночнике и суставах.

Анкилозирующему спондилоартриту нередко сопутствуют заболевания почек (нефрит, амилоидоз), легких (пневмония, фиброз), сердца (аортит, недостаточность клапанов аорты).

Болезнь Бехтерева доставляет больным много страданий и физических, и моральных: ведь из-за затруднения движения суставов им приходится нарушить привычный образ жизни, больше находиться дома, меньше двигаться.

Воспалительный процесс в суставах можно замедлить, если вовремя начать лечение, активно заниматься лечебной физкультурой. **Об этом вы прочтете в статье на странице 8.**

КАКОЙ ЗАСЛОН МЫ ПОСТАВИМ СПИДу?

По решению ВОЗ 1 декабря 1988 года объявлено Всемирным днем борьбы со СПИДом. Подготовка к этому дню даст возможность выявить, как в разных странах организации, школы, семьи, отдельные люди участвуют в борьбе против СПИДа. Ведь сейчас, пока отсутствуют вакцины и средства лечения этого заболевания, замедлит его распространение по планете только сознательное и ответственное поведение каждого человека. Здоровый образ жизни, крепость семьи и брачных уз, борьба с половой распущенностью и половыми извращениями — залог профилактики СПИДа. О том, что делается в нашей стране для предупреждения распространения СПИДа, какие меры намечает Минздрав СССР для решения проблемы, расскажет заместитель министра здравоохранения СССР А. И. КОНДРУСЕВ в следующем номере журнала. А сегодня мы публикуем ответы на вопросы читательницы Р. Д. Кошелевой из Вологды. Она пишет: «В последнее время в печати появляется много публикаций о СПИДе, и порой они бывают настолько разноречивы, что вносят сумятицу в умы людей. Очевидно, назрела необходимость создать организацию, которая контролировала бы и рецензировала все материалы по проблеме СПИДа, хотя бы в центральной прессе. Что думают по этому поводу работники Минздрава СССР, ответственные за пропаганду профилактики СПИДа? Хотелось бы прочесть об этом в журнале».

Отвечает начальник отдела профилактики СПИДа и карантина Главного управления карантинных инфекций Минздрава СССР О. Ф. БОГАТЫРЕВ.

— В настоящее время единственным эффективным средством, с помощью которого можно вести борьбу со СПИДом и ограничить его распространение, является санитарное просвещение. По словам Джонатана Манна — директора специальной программы ВОЗ по СПИДу, оно должно быть откровенным, разъясняющим и постоянно действующим.

Материалы, освещающие различные аспекты проблемы профилактики СПИДа, начиная с 1985 года, регулярно публикуются на страницах газет, журналов, передаются по радио и телевидению. Однако, как совершенно правильно пишет в своем письме в редакцию Р. Д. Кошелева, вся эта информация нескоординирована, изобилует противоречиями, что наносит серьезный ущерб пропаганде мер, направленных на предупреждение распространения инфекции.

В июне этого года при Минздраве СССР создан Межведомственный совет по пропаганде профилактики СПИДа. Он призван играть роль координатора в проведении целенаправленной, научно обоснованной пропаганды профилактики СПИДа среди различных групп населения, с учетом эпидемиологических особенностей инфекции, специфики социальных, профессиональных и бытовых факторов. Особое внимание будет уделено санитарно-просветительной работе среди учащихся школ, техникумов, ПТУ, вузов, нравственному и половому воспитанию молодежи, борьбе с алкоголизмом и наркоманией.

Возглавляет межведомственный совет заместитель министра здравоохранения СССР А. И. Кондрусев. В состав совета входят более 30 членов — представители центральных газет и журналов, Гостелерадио СССР, ЦК ВЛКСМ, Госкомитета СССР по народному образованию, ряда министерств, ведомств, общественных организаций.

По утвержденному положению межведомственный совет участвует в разработке рекомендаций по пропаганде профилактики СПИДа для Центрального телевидения и Всесоюзного радио, а также для республиканских радио- и телепрограмм с учетом национальных особенностей и местных условий. Принимает участие в рецензировании материалов и методических рекомендаций для общеобразовательных школ, профессионально-технических училищ и других учебных заведений, учреждений и производств.

Межведомственный совет проводит Всесоюзные смотры-конкурсы плакатов и других видов наглядной агитации по профилактике СПИДа, рекомендует включать лучшие образцы в планы издательств. Чтобы ознакомиться на местах с тем, как ведется пропаганда профилактики СПИДа, и оценить ее действенность, межведомственный совет предполагает проводить выездные заседания в различных учреждениях и ведомствах.

Первое заседание межведомственного совета состоялось 5 августа. О состоянии проблемы СПИДа в мире и в СССР рассказал начальник Главного управления карантинных инфекций Минздрава СССР М. И. Наркевич. Он, в частности, сообщил о том, что, по данным ВОЗ, в 139 странах мира зарегистрировано более 100 тысяч больных СПИДом. В СССР проводятся комплексные профилактические и противоэпидемические меры, направленные на профилактику завоза СПИДа из-за рубежа. Для этого разработана система эпидемического надзора и обследования так называемых групп риска, включая иностранных граждан, приезжающих в нашу страну на срок более трех месяцев, и советских граждан, приезжающих из-за рубежа, где они провели более месяца.

Представитель Госкомитета СССР по народному образованию информировал членов межведомственного совета об организации работы по профилактике СПИДа в учебных заведениях страны.

Заседания межведомственного совета будут проводиться не реже раза в квартал. На следующем заседании будет дана оценка выступлений центральной прессы и Гостелерадио СССР, посвященных профилактике СПИДа, а также сделан анализ эффективности пропаганды профилактики этого заболевания среди групп повышенного риска.

«Мне 34 года, замужем 7 лет. На первом году замужества я перенесла операцию по поводу внематочной беременности, 5 лет лечилась от бесплодия, но все повторилось... Надежды стать матерью потеряны.

Сейчас я плачу налог на малосемейных граждан. Мне говорили, что освобождаются от уплаты налога женщины, которые не могут рожать вследствие хронических заболеваний. Но женская консультация, в которой я наблюдаюсь, отказывается дать справку на освобождение от налога по причине бесплодия. Заведующая говорит, что райфинотдел запрещает давать такие справки.

Семь лет я платила холостяцкий налог, пока была надежда родить. И теперь, мне кажется, должна быть освобождена от такого налога».

Т. А., Челябинск.

НАЛОГ НА ХОЛОСТЯКОВ

На письмо читательницы отвечают заместитель начальника Сводного отдела Министерства финансов СССР В. А. ТУР и начальник подотдела налогов и сборов Минфина А. А. РОЛДУГИН:

Налог на холостяков, одиноких и малосемейных граждан СССР взимается на основании Указов Президиума Верховного Совета СССР от 21 ноября 1941 года и от 8 июля 1944 года. Принятый в годы войны, этот налог имел целью привлечь дополнительные средства населения для помощи, оказываемой государством семьям погибших воинов, на содержание сирот в детских домах, на дополнительные льготы одиноким и многодетным матерям.

В законодательном порядке был определен круг плательщиков налога, которые своими средствами должны были участвовать в расходах государства на вышеуказанные цели.

Налог на холостяков, одиноких и малосемейных граждан, таким образом, не является наказанием за отсутствие детей, а служит дополнительным источником ресурсов государства для покрытия общегосударственных расходов на удовлетворение общественных потребностей. Со времени введения этого налога в законодательство внесены существенные изменения, которые были направлены на повышение необлагаемого минимума, сокращение контингента плательщиков, расширение налоговых льгот.

Действующее в настоящее время законодательство предусматривает, что к уплате налога привлекаются граждане (кроме одиноких женщин), не имеющие детей при достижении 20-летнего возраста. Не уплачивают налог мужчины, которым исполнилось 50 лет, и женщины по достижении 45 лет. Существует также ряд льгот для отдельных категорий граждан и некоторых видов доходов. В частности, с февраля 1987 года освобождены от уплаты налога сроком на 1 год молодожены.

Ряд льгот установлен также с учетом состояния здоровья граждан.

Освобождаются от уплаты налога по всем источникам дохода инвалиды I и II группы независимо от того, получают они пенсию или нет, а также их жены (а в соответствующих случаях мужья). За супругами умерших инвалидов I и II группы льготы по налогу сохраняются до конца года, в котором умерли инвалиды.

Основанием для предоставления этой льготы являются пенсионные книжки или справки экспертных комиссий, а для жен (мужей) инвалидов, кроме того, документ, подтверждающий факт регистрации брака.

Налог не уплачивают граждане, страдающие шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, умственной отсталостью (за исключением пограничных форм), генуидальной эпилепсией и дегенеративными болезнями центральной нервной системы, а также больные гипофизарным нанизмом (лилипуты).

Для получения этой льготы они предоставляют справки установленной Министерством здравоохранения СССР формы из психоневрологического диспансера, психиатрической больницы или ЦРБ и поликлиники, в составе которых есть психоневрологический кабинет. Другие документы, в том числе и справки, выдаваемые женскими консультациями, о том, что та или иная женщина не может иметь детей по состоянию здоровья, не освобождают от налога.

Говоря об экономической стороне вопроса, следует отметить также, что сумма налога на холостяков, одиноких и малосемейных граждан СССР составляет незначительную часть в бюджете страны — около 1,3 миллиарда рублей, а размеры налогообложения граждан не превышают 6% от их заработков. Расходы же государства на оказание помощи одиноким матерям, ежемесячные пособия и единовременные выплаты многодетным семьям за счет бюджета превышают 2,3 миллиарда рублей.

В соответствии с решениями XXVII съезда КПСС намечено продолжить линию на постепенное снижение налогов, взимаемых с населения. Однако решение этой задачи может быть осуществлено по мере накопления необходимых финансовых ресурсов одновременно с принятием других мер, направленных на повышение уровня материального благосостояния народа.

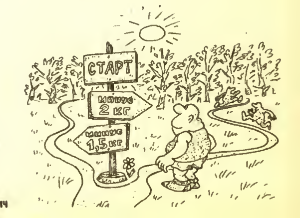


Рисунок А. Гартвич



РАДИАЦИОННАЯ ОБ ПОД КОН

Среди многочисленной почты, которую получает «Здоровье», немало вопросов о радиационной обстановке в стране, о ее гигиенических и медицинских аспектах. Естественно, многие вопросы связаны с аварией на Чернобыльской АЭС. Мирный атом, ставший таким привычным, вдруг показал себя совсем с другой стороны. Прямо скажем, устрашающей... Именно поэтому ответить на вопросы читателей мы попросили специалиста, за плечами у которого немалый опыт отработки на практике системы радиационной безопасности. Заместитель директора по науке Института биофизики Минздрава СССР, лауреат Ленинской и Государственной премий, доктор технических наук, профессор К. И. ГОРДЕЕВ с первых дней аварии в Чернобыле принимал активное участие в ликвидации ее последствий. За эту работу он отмечен высокой наградой — орденом Ленина.

— Константин Иванович, с точки зрения специалиста, можете ли вы утверждать, что меры, принятые в Чернобыле и его округе, гарантировали безопасность населения?

— Есть объективные показатели того, насколько эффективны защитные мероприятия, осуществленные на пострадавшей от радиации территории. Это фактические дозы внешнего и внутреннего облучения, которое получает человек. Данные прямых измерений, выполненных во всех загрязненных населенных пунктах, не подвергавшихся эвакуации, достоверно подтвердили, что установленные Минздравом СССР пределы суммарного облучения не были превышены. В общем же весь комплекс защитных и профилактических мероприятий позволил снизить дозы внешнего облучения в 1,3—2,5 раза, а дозы внутреннего облучения — в 10 и более раз. И как реальный итог — в этих местностях за все время после аварии не зафиксировано ни одного случая лучевого поражения.

— В прессе не раз упоминалось, что в окружающей среде существует естественная радиация. Какова она в сравнении с регистрируемой сейчас в загрязненных районах, из которых население не было эвакуировано?

— Думаю, такое сравнение будет интересно каждому. Ведь нельзя забывать, что с самого начала образования Земли все живое, включая человека, возникло и развивалось под воздействием природного радиационного излучения. Этот фон радиации образуют и космические лучи, и земные радиоактивные элементы: уран, радий, торий, продукты их распада, а также углерод, радон.

Деятельность современного человека может существенно увеличивать природный фон радиации, что создает условия для дополнительного облучения. Это и медицинская рентгено- и радиодиагностика, и работа телевизоров, и полеты на самолетах, и сжигание угля на ТЭЦ, и глобальные осадки от испытаний ядерного оружия в атмосфере.

Естественная радиация плюс все внесенные техникой излучения могут накапливать в организме людей значительные дозы. И если в среднем по земному шару эти показатели — 25—35 бэр за 70 лет жизни человека, то для населения в штатах Керала и Мадрас в Индии, например, где высокий природный фон, они могут достигать и 100 бэр.

Результаты наших исследований приводят к выводу, что население, проживающее на значительной части территорий, которые были затронуты радиацией в результате аварии на Чернобыльской АЭС, получают в настоящее время дозы облучения, близкие к тем, что дает естественный фон в ряде районов планеты.

— Константин Иванович, а как в столь сложной радиационной обстановке, которая возникла в первые часы и дни аварии, принимались решения относительно того, какие населенные пункты необходимо эвакуировать, а какие нет?

— Должен сразу отметить, вопрос об эвакуации населения при авариях на АЭС возник не спонтанно. Принципы подхода к решению такого рода проблем были детально разработаны и у нас, и за рубежом. Ведь сам факт выселения людей из родных жилищ связан не только с большими экономическими затратами, но и огромными моральными потрясениями. Специалистами во всем мире эвакуация рассматривается как крайняя мера, когда отсутствуют другие средства предотвратить вероятность облучения человека в опасных дозах.

В нашей стране действует специальный нормативный документ «Критерии для принятия решения в случае аварии реактора», утвержденный Минздравом СССР в 1983 году. Именно этими «Критериями», гарантирующими полную безопасность людей, и руководствовалась правительственная комиссия, принимая решение об эвакуации отдельных населенных пунктов.

— Однако в печати нет-нет да и проскальзывают предположения, а порой и утверждения, что эвакуация города Припяти была запоздалой?

— Данные прямых измерений доз излучения объективно показывают, что оснований для таких утверждений нет: они, по всей видимости, исходят от людей, не осведомленных о действующем в стране на этот счет строгом порядке, установленном Минздравом СССР.

— Пожалуйста, расскажите подробнее об учете всех лиц, кто прямо или косвенно оказался или мог оказаться под воздействием радиационного облучения.

— В нашей стране действует Всесоюзный распределенный регистр — единая система учета всех лиц, подвергшихся воздействию радиации в результате аварии на Чернобыльской АЭС. Благодаря этому осуществляется и будет осуществляться пристальное наблюдение за состоянием здоровья как ныне живущих людей, так и их потомства. Такая система учета позволит своевременно обнаружить и устранить отклонения в здоровье людей, если такие возникнут в результате действия радиации. Все включенные в регистр лица распредвлены на категории в зависимости от величины радиационного воздействия на их организм в целом или на щитовидную железу. Для каждой категории наблюдения установлены перечень и периодичность обязательных медицинских обследований.

Регистр имеет несколько уровней: всесоюзный, республиканский, отраслевой. А в Российской Федерации, на Украине

СТАНОВКА ТРОЛЕМ

и в Белоруссии для областей, подвергшихся повышенному радиационному воздействию, предусмотрены областной и районный уровни. Система наблюдений построена так, что перемена места жительства людей, включенных в регистр, не приведет к их выбытию из сферы постоянного внимания органов здравоохранения. Для того чтобы сквозь «сито» регистра не проскользнул ни один человек, разработаны единые формы первичного учета, применены самые современные методы анализа и средства вычислительной техники.

— Иногда приходится слышать, что население якобы не имеет информации о действительной радиационной обстановке или даже более того, от него скрывается эта информация...

— Подобное утверждение полностью игнорирует ту громадную работу, которую с первых дней аварии постоянно выполняют специалисты-медики, работники Госкомгидромета, агропрома, местных и центральных советских и партийных органов. Они разъясняли ситуацию жителям каждого населенного пункта, сообщали местные особенности радиационной обстановки, необходимые меры предосторожности.

Следует также напомнить: с момента аварии ведется постоянный замер гамма-фона, определение содержания в почве биологически опасных радиоактивных изотопов, отбор и измерение различных проб пищевых продуктов, воды. Вот уже третий год весной и летом комплексные научные экспедиции Минздрава СССР выезжают на Украину, в Гомельскую, Могилевскую и другие области Белоруссии для уточнения радиационной обстановки. Вся информация «не увозится для науки», а остается на месте. Ею вооружают местные учреждения здравоохранения.

Санэпидстанции проводят постоянный контроль за содержанием радионуклинов в местной сельхозпродукции (молоке, мясе, овощах, фруктах, ягодах, грибах), в воде и фураже. Работникам санэпидслужбы предоставлено право знакомить с результатами радиометрических анализов всех заинтересованных лиц. Созданы специальные дозиметрические центры. При СЭС работают дозиметрические группы. Они ведут контроль за индивидуальными дозами облучения людей.

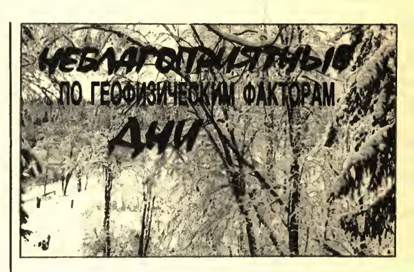
— Как вы думаете, Константин Иванович, насколько реально обеспечить индивидуальными дозиметрами каждого жителя нашей страны. Имеет ли это смысл?

— Думаю, имеет. Принципиальных возражений по этому поводу нет. Более того, в ряде регионов страны такой опыт имеется. Отсутствие общесоюзной системы обеспечения дозиметрами нельзя никак связывать с желанием скрыть информацию, как считают некоторые. Тут трудности прежде всего технического плана. Нужно создать производственные мощности для выпуска необходимого количества дозиметров, обеспечить их метрологический контроль и ремонт. Для этого понадобится время. Такая работа ведется.

— Наконец, последний вопрос. Что делается для того, чтобы Чернобыль больше не повторился. Ведь станций такого типа в стране десятки.

— Да, станции, использующие РБМК, продолжают работать, однако все эти реакторы претерпели конструктивные изменения. Введенные дополнения гарантируют безопасность их эксплуатации. Новые станции планируется строить с использованием реакторов водо-водяного и других более совершенных типов, которые в процессе эксплуатации не могут перейти в аварийный режим работы.

Интервью взяла Н. САВИНА



Часто спрашивают, может ли возникнуть бессонница в периоды неблагоприятных геофизических ситуаций. Да, у некоторых метеочувствительных людей в такие дни возникает чувство тревоги и тоски, психическая напряженность, повышенная раздражительность и бессонница. Наиболее ярко эти симптомы проявляются у людей, находящихся в высоких широтах. Но и жители средней полосы не застрахованы от подобного реагирования на изменение геофизической и погодной ситуации.

И тем не менее психоэмоциональное напряжение и нарушения сна могут быть преодолены, если с учетом долгосрочных медицинских прогнозов выполнять требования здорового образа жизни. Это прежде всего рациональное чередование периодов труда и отдыха, спокойные взаимоотношения в коллективе и дома, разнообразное, полноценное, но не избыточное питание, утренняя гимнастика, вечерние прогулки, водные процедуры за 40 минут до сна и, конечно, отказ от сигарет и спиртного.

Обратите внимание на обязательное включение в вашу повседневную жизнь занятий физкультурой. Начиная с 10 минут, постепенно доведите их продолжительность до 45 минут в день. Обязательно выполняйте дыхательные упражнения. Рекомендуется также поочередное сокращение и расслабление мышц рук и ног. Упражнения для верхних и нижних конечностей делайте в среднем темпе.

В последние годы стало возрождаться еще одно направление нелекарственной терапии — лечение запахами. Имеется и положительный опыт вдыхания запахов эфирных масел валерианы,

ДЕКАБРЬ

ПН					
ВТ					
СР					
ЧТ			15	22	
ПТ		9			30
СБ				24	
ВС					

ромашки, мелиссы, герани, хмеля, хвои, обладающих успокаивающим или снотворным действием. Некоторые из этих растений можно вырастить в домашних условиях. В периоды неблагоприятных геофизичеких ситуаций, когда вас одолевает бессонница, попробуйте опрыскать цветы кипяченой и охлажденной до 20° водой, а затем вдыхать их аромат в течение 10—15 минут. Цветы должны находиться от вас на расстоянии 60—70 сантиметров. На это время устраните все сквозняки.

Еще один вариант ароматерапии — подвешивание в изголовье кровати пакета из марли, наполненного одной или несколькими из названных трав. Есть опыт использования иглоаппликации для налаживания сна. Об этом вы можете прочесть на следующей странице журнала.

И все же, выбирая себе те или иные методы борьбы с бессонницей, не забудьте посоветоваться с лечащим врачом и старайтесь избегать приема лекарственных препаратов.

В. И. ХАСНУЛИН,
кандидат
медицинских наук
Новосибирск

В. С. ЧУГУНОВ,
доктор медицинских наук,
главный врач
клинической больницы № 8
имени Соловьева —
клиники неврозов
Минздрава РСФСР

„ИПЛИКАТОР КУЗНЕЦОВА" против бессонницы

В девятом номере «Здоровья» опубликована статья об «Ипликаторе Кузнецова», где говорится, в частности, о том, что его испытания проводились в нашей клинике. Действительно, уже более 10 лет врачи практически всех отделений широко применяют иглоаппликацию в комплексном лечении различных заболеваний, в первую очередь неврозов и обусловленной ими бессонницы. Накоплен большой опыт, выявлены тонкости индивидуального использования «ежиков» — так мы называем ипликатор.

Поскольку есть основания полагать, что у все большего числа людей будет в домашних аптечках «Ипликатор Кузнецова», имеет смысл поделиться с читателями нашим опытом, подсказать, как лучше использовать ипликатор для налаживания сна.

Начну с самого главного для всех, кто решил им воспользоваться. Прежде всего посоветуйтесь с врачом, сделайте те анализы и исследования, которые он порекомендует. Это важно! Если, к примеру, у женщины мастопатия, а у мужчины аденома предстательной железы, придется отказаться от иглоаппликации: как и массаж, как и физиопроцедуры, она стимулирует рост различных новообразований, в том числе полипов, кондилом.

Получив от врача «добро», вы можете смело брать ипликатор в союзники. Особенно мы советуем это сделать тем, кто занят умственным трудом, а также представителям так называемых сидячих профессий. Мы убедились, что ипликатор в таких случаях чрезвычайно эффективен. Он отлично снимает нервное напряжение, оберегая тем самым организм от губительного воздействия стресса. И если минут 15—20 полежать на пластине с модулями, или посидеть, прижавшись к спинке кресла, а ипликатором обернуть верхнюю часть спины и предплечья, или наложить его плотно на шею и затылок, вы почувствуете себя отдохнувшим, как бы сбросившим с плеч груз дневных забот. Объясняется это тем, что, воздействуя большим количеством игл на зоны Захарьина-Геда, ипликатор рефлекторно улучшает кровоснабжение мозга, внутренних органов, разрывает болевые, раздражающие и возбуждающие импульсы, идущие от скованных усталостью мышц в центральную нервную систему.

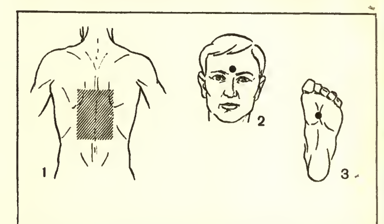
Но напрасно ждать, что один только ипликатор обеспечит вам богатырский сон.

Сон — очень сложный процесс, и его качество непрямую зависит от того, как вы прожили день. Если вы переедаете, особенно на ночь, выясняете отношения на повышенных тонах, не можете поздно вечером отказаться от телепередачи или завлекательного детектива, никакой ипликатор не поможет избавиться от бессонницы.

Множество самых разнообразных причин в наше наполненное событиями, информацией время могут обусловить нервное перенапряжение и сопутствующую ему бессонницу. И мы должны, просто обязаны помочь себе, предпринять все возможное, чтобы не доводить организм до срыва, до невроза! Я уверен, каждому это по силам.

Возьмем, к примеру, обычную женщину — горожанку. Деловую, энергичную. После работы она торопится домой, отстояв еще и очереди в магазинах, уставшая, раздраженная. Ждут дети, муж. Даже если они помогают ей, все равно без хозяйки домашняя мельница не крутится. Я бы посоветовал такой женщине: «Не спешите что называется с ходу бежать на кухню! За 15—20 минут семья с голоду не умрет. А вы там временем...»

А еще лучше вернемся чуточку назад. Вы подходите к дому. Приостановитесь, полюбуйтесь облаками на небе или птахой, присевшей на куст. Перекиньтесь двумя словами с соседкой у подъезда, даже посидите на скамейке 3—4 минуты. И вы войдете в квартиру более спокойной, уравновешенной. Примите душ или хотя бы оботритесь влажной губкой и на 15—20 минут лягте на ипликатор. Колючки ощущаются лишь первые минуту-две, потом по телу разольется тепло, минут на 5—10 вы даже задремлете (ведь под воздействием игл в кровь выбрасываются эндорфины — гормоны сна). А когда



вы встанете, то почувствуете, что от раздражения, «задерганности» не осталось и следа: с детьми и мужем вы готовы говорить ласково, приветливо, успеваете без напряжения приготовить ужин, переделать массу домашних дел и телевизионную передачу посмотреть. Короче говоря, вы не падаете с ног. Вечер проходит спокойно, и так же спокойно вы готовитесь ко сну. Вы снова можете полежать на колючей пластине минут 40—60. Не хотите просто лежать? Почитайте книгу. Имейте только в виду, что зона сна расположена в центре спины — от середины лопаток до поясницы **(рисунок 1).** Именно на эту часть спины надо положить ипликатор.

Ускоряет засыпание и надавливание (не массаж!) в течение минуты точки над бровями **(рисунок 2).** Еще одна точка сна расположена на подошве, в ямке, которая образуется, если пальцы ног как следует поджать **(рисунок 3).** Определить ее точно трудно. Поэтому лучше покатать босыми ногами скалку, бутылку.

Не пренебрегайте и ритуалом подготовки ко сну. У каждого он свой. Одни привыкли принимать теплый душ, другие предпочитают теплые ножные ванны, кому-то помогают уснуть отвары трав. Что ж, на здоровье! Только пейте их по глотку в течение вечера. И, пожалуйста, старайтесь не сосредоточиваться на мыслях о бессоннице.

Если же она не поддается тем мерам, о которых здесь рассказано, конечно, надо обратиться к врачу и вместе с ним постараться найти причину нарушения сна.

Но в любом случае ипликатор станет вашим помощником. Пользоваться им рекомендуется дней 15—20. Затем сделайте перерыв примерно на месяц. Дело в том, что если применять ипликатор без перерыва, эффект снижается. Вы заметите, что кожа после снятия пластины с модулями почти не краснеет, не становится горячей, вы не чувствуете приятного расслабления, раскрепощения после процедуры, как раньше. После перерыва вы опять ощутите целебную силу иголок.



Для китайской гимнастики ушу характерно многообразие школ и стилей. Шаолиньская школа наиболее популярна в Китае. Она взяла за основу движения, с помощью которых народ издревле укреплял здоровье и поддерживал спортивную форму.

Сегодня мы начинаем знакомить вас с «18 приемами буддийских монахов» — комплексом упражнений, который можно назвать энциклопедией шаолиньской школы ушу. Комплекс взят из книги известного китайского мастера ушу Ца Лунъюня.

Состоит комплекс из 28, а не 18 движений: несколько элементов добавлено с целью сделать более плавными переходы от одного движения к другому. Отдельные движения повторяются дважды.

Стрелками на рисунках обозначены последующие движения рук и ног.

1. ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Ноги вместе, руки вытянуты вдоль туловища, пальцы прижаты к бедрам, спина прямая, плечи расправлены, глаза смотрят прямо перед собой. Дыхание ровное, глубокое **(рисунок 1)**.

2. НОГИ ВМЕСТЕ, КУЛАКИ К ПОЯСУ

Сжать руки в кулаки, поднять их вдоль туловища к поясу, ребро ладони прижать к поясу. Повернуть голову влево, глаза смотрят прямо перед собой **(рисунок 2)**.

Примечание: движения рук и поворот головы выполняются быстро и синхронно. При этом корпус слегка подать вперед, центр тяжести перенести на носки ног. Локти плотно прижаты к туловищу. Тело готово к выполнению следующего движения.

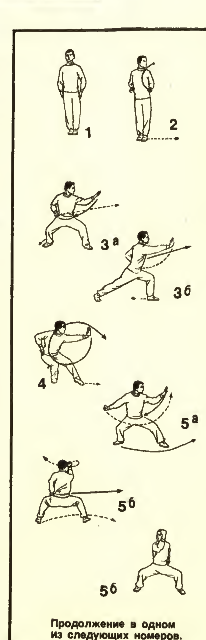
3. ОРЕЛ ВПИВАЕТСЯ В ГОРЛО

а) Развернуть корпус на пол-оборота влево, ноги полусогнуты в коленях, правая на месте, левой сделать широкий шаг. Левый кулак разжать и описать левой рукой круг против часовой стрелки перед собой от пояса к правому плечу, затем одновременно с разворотом корпуса вытянуть ее от плеча вперед; рука полусогнута в локте, ладонь направлена вперед, пальцы — вверх, большой палец отставлен, глаза смотрят на кисть левой руки **(рисунок 3а)**.

б) Не прекращая движение, хватающим жестом сжать левую руку в кулак, развернуть его ребром ладони к себе и резко отвести к поясу. Одновременно развернуть корпус влево, а носок правой ноги — вовнутрь, выпрямить правую ногу и полусогнуть в колене левую, перенеся на нее центр тяжести. В это же время разжать правый кулак и выпрямить правую руку от пояса вперед, ребро ладони направлено вперед, пальцы — вверх. Глаза смотрят на кисть правой руки **(рисунок 3б)**.

Примечание: отведение левой руки, выпрямление правой производятся одновременно. При выпрямлении правой руки плечи опущены, корпус слегка наклонен вперед, пальцы на уровне бровей.

См. «Здоровье» №№ 4, 6, 7, 9 за 1988 год.



Продолжение в одном из следующих номеров.

4. ПОЗИЦИЯ ПУСТОЙ ШАГ И ТОЛЧОК ЛАДОНЬЮ

Перенести центр тяжести на правую ногу и полусогнуть ее в колене, отвести левую ногу немного назад, носок оттянут и едва касается земли (позиция пустой шаг). Одновременно опустить правую руку вниз и отвести ее назад к поясу, ладонь направлена вперед, пальцы — вниз. Левый кулак разжать и выпрямить левую руку толчком вперед, ребро ладони направлено вперед, пальцы — вверх. Вслед за отведением правой руки подать корпус назад и слегка развернуть вправо, глаза смотрят на левую ладонь **(рисунок 4)**.

Примечание: центр тяжести тела перенести на правую ногу, левая полностью разгружена, спина прямая.

5. ЧЕЛОВЕК, ЗАКИДЫВАЮЩИЙ НА ПЛЕЧО КОТОМКУ

а) Левой ногой сделать шаг вперед. Левой рукой описать круг против часовой стрелки через низ к правому плечу, большой палец отставлен, рука полусогнута в локте. Вслед за шагом рука от плеча продолжает движение вперед по дуге. Одновременно с этим левую ладонь сжать в кулак, выпрямить левую руку и отвести ее за спину вниз. Глаза смотрят на кисть левой руки **(рисунок 5а)**.

б) Не прекращая движение, хватающим жестом сжать левую ладонь в кулак, развернуть его ребром ладони к себе и резко отвести к поясу. Одновременно правой ногой сделать шаг вперед, вслед за шагом корпус развернуть влево, ноги полусогнуть в коленях (позиция наездника). Следуя за корпусом, правая рука из-за спины уходит через низ вперед. Затем полусогнуть ее в локте, кулак расположить перед лицом на уровне бровей, ребро ладони направлено влево. Одновременно повернуть голову вправо, глаза смотрят прямо перед собой **(рисунок 5б спереди и сзади)**.

Примечание: отведение кулака к поясу, широкий шаг правой ногой и выведение правой руки производятся одновременно. Приняв позицию наездника, правое плечо подать вперед, а левое — назад. Плечи опущены, спина прямая.

К. М. БАРСКИЙ, востоковед,
В. В. СМЕКАЛИН, мастер спорта

„КОЛЯСКА— НАША ЖИЗНЬ И НАША... ПРОБЛЕМА"

На письмо инвалида I группы из Харькова В. Гордиенко («Здоровье» № 2 за 1988 год) поступило много откликов. Публикуем некоторые из них.

В. В. ТЕТЕРУК, заместитель генерального директора Государственного ПО протезных предприятий Минсобеса Украинской ССР:

В городе Ставрово Владимирской области Министерством автомобильной промышленности СССР организовано производство колясок по лицензии фирмы «Майра» (ФРГ).

Некоторые виды колясок продолжает выпускать Львовское протезно-ортопедическое предприятие. Коляска дорожная (КДСГ), о которой пишет В. Гордиенко, уже снята с производства. В настоящее время закончена разработка и готовится к выпуску дорожная коляска, кресло-кровать и малогабаритная коляска с улучшенными эксплуатационными свойствами.

Я. П. ПАСТЕРНАК, главный инженер Львовского экспериментального ПО средств передвижения и протезирования:

Инженер-конструктор объединения М. В. Костецкий съездил в Харьков к В. Н. Гордиенко, познакомил его с планом модернизации выпускаемых средств передвижения для инвалидов, с новыми разработками предприятия, подробно рассказал о колясках, выпускаемых Ставровским заводом автотракторного оборудования.

Коляску дорожную детскую КЛРД в устаревшем виде мы с производства сняли, но модернизировали, и она с 1989 года будет выпускаться для детей от 7 до 14 лет.

Пользуясь случаем, сообщаю, что изготовление колясок по индивидуальным заказам для инвалидов, проживающих на Украине, которые по разным причинам не могут пользоваться стандартными колясками, является одним из видов услуг, предлагаемых нашим предприятием. Для этого инвалиду необходимо обратиться в облсобес по месту жительства за гарантийным письмом об оплате.

От редакции. Сообщаем адрес Львовского экспериментального производственного объединения средств передвижения и протезирования: 290052, Львов, ул. Белогорская, 10.

А. И. ГЕРАСИМОВ, профессор, заслуженный изобретатель СССР:

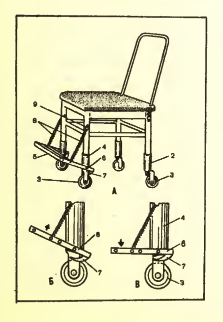
Мы у себя на кафедре биологических основ физических упражнений и спорта Николаевского педагогического института разработали транспортное средство для перемещения обездвиженных больных и инвалидов в малогабаритных квартирах со стандартными дверями в многоэтажных домах. Авторское свидетельство № 1187816 за 1985 год.

Это стул и табурет, на ножки которого надеты специальные стаканы с роликами. Для обеспечения безопасности, когда человек садится на стул, смонтирована тормозная колодка на передних стаканах, фиксирующая передние ролики. Стоит опустить ноги на подножку, ролики высвобождаются от фиксации и стул перемещается без всяких затруднений. Человек может отталкиваться от окружающих предметов руками или тростью. Задние стаканы имеют самоориентирующиеся ролики. Поэтому легко поворачивать стул на 360° и вправо, и влево. Спинку и подлокотники можно сделать съемными.

На таком табурете инвалид без посторонней помощи заезжает в кухню, ванную комнату, туалет, на балкон, легко передвигается в узком проходе между кроватями.

Изготовить стакан с роликами и тормозной колодкой можно в любой слесарной мастерской. Есть у нас уже и вариант с электромоторчиком. Заинтересованным лицам окажем посильную консультативную помощь.

Писать по адресу: 327030, г. Николаев, ул. Розы Люксембург, 24.



НА РИСУНКАХ: А. Общий вид стула со съемными стаканами (2), снабженными ориентирующимися роликами (3), и со съемными стаканами (4), имеющими неориентирующиеся ролики (3), на которых смонтирована подножка (5). На ней закреплены рычаг (6) и тормозная скоба (7). С обеих сторон подножки — пружины (8), которые крепятся планками (9) к передним ножкам стула.

Б. Стул зафиксирован.

В. Подножка опущена, можно ехать.



Воронежская Служба семьи просит писать заинтересовавшему вас автору объявления по адресу:
394062, Воронеж, ул. Ю. Моравская, 30, Служба семьи, абоненту номер...

Абонент 8-923

Хотела бы познекомиться с серьезным образованным молодым челоееком приятной енешности е возрасте до 35 лет. Коротко о себе: 26 лет, рост 170, образование педагогическое.

Абонент 8-926

Хотела бы естретить хорошего, доброго, самостоятвльного, непьющего мужчину е возрасте до 47 лет, который мог бы стеть опорой е жизни мне и моему 12-летнему сыну. О себе: 37 лет, рост 163, вес 72, темно-русая, доброжелательная, образование гуманитарное. Надеюсь, что смогу стать верной и заботливой женой.

Абонент 8-927

Добрая, приятной внешности женщина 38 лет, рост 160, нуждается е моральной поддержке и очень надеется на знекомстао с серьезным мужчиной е возрасте до 48 лет. Имеет двоих детей: сын — 16 лет, дочь — 10 лет. Жильем обеспечена. Заранее благодарит всех, кто откликнется, за проявленное внимание.

Абонент 8-932

Одинокая женщина 57 лет, рост 160, образование высшее, приятной енешности, со спокойным характером, интересы разносторонние, жильем обеспечена, согласна на переезд, хотела бы создать семью с серьезным, трудолюбивым мужчиной без вредных приеычек, с добрым, ураеновешенным характером е возрасте от 55 до 65 лет. Будет благодарна за подробное письмо, желательно с фотографией, которую вернет.

Абонент 7-380

Мужчина 46 лет, рост 165, образование среднее специальное, разведен, детей нет, домосед, проживает е одном из городов Воронежской области, желает познакомиться с доброй, ласковой женщиной, желеющей создать крепкую семью, можно с ребенком. Образование, место жительства знечения не имеют. Будет благодарен за письмо с фотографией, возерат которой гарантирует.

Абонент 8-937

Если вы добрый одинокий мужчине без ередных приеычек и хотите обрести счастье полной семьи, я и мои сын и дочь будем рады с вами познакомиться. Мне 38 лет, рост 158, внешность приятная, харектер доброжелательный, проживаю е одном из близлежащих райцентров Воронежской облести.

Абонент 8-940

Вдова 43 лет, рост 166, стройная, рыжеволосая, образование высшее, хотеле бы встретить ураеновешенного мужчину не старше 54 лет, с высшим образованием, имеющим серьезные намерения создать семью. Отвечу на письмо с фотографией.

Абонент 7-381

Мужчине 49 лет, рост 180, образование еысшее, инвалид 3-й группы, веселый, общительный, надежный, материально и жильем обеспечен, проживает е одном из райцентрое Воронежской области, надеется не встречу с доброй, ласковой женщиной, умеющей быть надежным другом, и создать с ней семью на основе взаимной заботы друг о друге.

Ульяновская Служба знакомств просит писать заинтересовавшему вас автору объявления по адресу:
Ульяновск-17, ул. Минаева, 10, Служба знакомств, абоненту номер...

Абонент 001917

Мне 41 год. Образование высшее. Решила воспользоваться такой формой знекомства, чтобы найти духовно богатого человека, честного, возможного спутника жизни. Надеюсь на естречу, приятную для меня и моей дочки.

Абонент 001918

Не теряю надежду на встречу с вниметельным, добрым, самостоятельным человеком в возрeсте до 45 лет. Мне 34 года. Образование высшее. Предпочитаю ективный отдых, замужем не быле.

Абонент 002335

Мужчина 35 лет, рост 169, образование еысшее, по характеру мягкий и отзыечиеый, надеется встретить любимого человека, доброго, скромного, до 37 лет. Образование роли не играет. Жильем не обеспечен.

Абонент 002583

Молодой челоеек, до 30 лет, рост 176, образование еысшее техническое, проживает е общежитии, надеется встретить женщину до 30 лвт с добрым, отзыачивым характером, любящую спорт. Образование роли не играет. Буду признателен за письмо с фотографией.

Абонент 001647

Стройная, приятная шатенке 39 лет, образование среднее специальное, медицинсков. Замужем не быле, широкий круг интересое. Хочет познакомиться с интересным мужчиной не старше 45 лет. Буду верным и надежным другом.

Абонент 001908

Одиночество — это страшно. Если еы одиноки и такого же мнения, серьезный, порядочный, до 58 лет, напишите мне. Отвечу. О себе: русская, образование высшее, рост 170, 51 год, характер добрый, отзывчивый, жилплощадь есть. Дети взрослые.

Абонент 002304

Мужчина 38 лет, рост 180, образование еысшее, по нециональности мордеин, живет в сельской местности, е браке не состоял. Хочет познакомиться с девушкой стройной, приятной внешности до 32 лет. Жду письма с фотографией, которую верну.

Абонент 001860

Надеюсь встретить друге — доброго, порядочного, надежного, желательно с высшим образованием, до 50 лет. О себе: образование высшее, 42 года, воспитываю дочку, по характеру отзыечиеая, добрая. Люблю домашний уют, жилплощадью обеспечена.

Абонент 002574

Мужчина 45 лет, рост 160, по нециональности татарин, образоеание среднетехническое, хотел бы найти спутницу жизни, простую, с приятной внешностью, до 45 лет. Услоеий для соеместного проживания не имеет.

Калужская Служба знакомств просит писать заинтересовавшему вас автору объявления по адресу:
248600, Калуга, ул. Гагарина, 11, Служба знакомств, абоненту номер...

Абонент 11-253

Мужчине 47 лет, рост 161, без ередных приеычек мечтает встретить женщину до 38 лет, не склонную к полноте, без детей, чтобы создать полноценную семью с общим ребенком. Был женат, плечу алименты на одного ребенка. Жилплощадью обеспечен, трудолюбие, общителен. Люблю музыку, играю не гитаре, занимаюсь фотографией.

Абонент 11-000

Мужчине 45 лет ждет письма от женщины, которая, прочитев в «Неделе» за 8—14 фееараля 1988 года стетью «Работевм родителями», соглесится еместе строить такую жизнь. Можно писеть по адресу: 249020, Калужская обл., Обнинск-2, а/я 181.

Абонент 11-298

Не хочу сказать, что я несчастлива. У меня есть крыша над головой, есть интересная работа, есть хорошие друзья. Но хочется иметь семью, заботиться о близких людях. Мне 30 лет, высокого роста, образование высшее. Люблю людей добрых, сильных духом, умных.

Абонент 11-162

Мне 30 лвт. Рост 174, образование высшее педагогическое, замужем не быле, люблю детвй, ценю в себе и е людях доброту, честность. Познакомлюсь с мужчиной не старше 38 лет.

Абонент 11-337

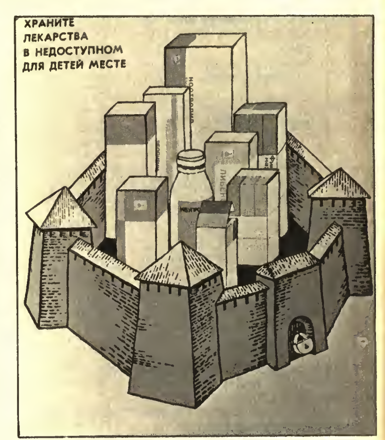
Надеюсь познакомиться с чуткой женщиной, способной отозваться не доброе отношение, заботу и верность, возможно, имеющую ребенке, но с желанием иметь общего. Мне 37 лет, рост 164, внешность обыкновенная, образование среднее техническое, работаю и учусь. Желательно наличие жилплощади. Отевчу на письмо с фотографией.

Абонент 11-780

Хочу создать ноеую семью с мужчиной 38—45 лет, можно с ребенком. В человеке ценю увлеченность делом, волевые качества, чувство юмора, интерес к детям и их воспитению. Мне 36 лет, рост 167, педагог по образованию. Имею двоих девочек (3 и 9 лет), метериально обеспечена. Отвечу не письмо с фотогрефией.

Абонент 11-546

Добрая, отзыечивая, хорошая хозяйка, приятной енешности, женщина 31 годе, рост 158, разведена, образование среднее техническое, имею сына 3,5 лет, жильем обеспечена. Надеюсь на встречу с заботлиеым мужчиной до 40 лет без вредных приеычек.



ВЫ ВНЕЗАПНО ОХРИПЛИ, а вам надо читать лекцию, вести урок, выступать перед аудиторией. Вскипятите молоко, снимите ложкой обрвзовавшуюся пенку и подышите над кастрюлей, делая глубокие вдохи. Пары молока уменьшат воспаление и отек слизистой гортани, голос станет чище. Продолжить ингаляции можно аэрозольными препаратами «Каметон», «Ингалипт».

М. Я. ПОЛУНОВ,
профессор

НИ КАПЛИ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ нельзя употреблять в период лечения транквилизаторами — такими, например, как элениум, седуксен, тазепам. В сочетании с алкоголем резко усиливается их тормозящее воздействие на центральную нервную систему, а это может повлечь за собой самые тяжелые последствия.

А. В. ПРИХОЖАН,
кандидат медицинских наук

ЕСЛИ ВЫ РЕШИЛИ НОСИТЬ СЕРЬГИ, не прокалывайте мочки ушных раковин в домашних условиях, это чревато серьезными осложнениями. Дома трудно соблюсти необходимые асептические условия, и в результате возникает опасность развития воспаления а мягких тканях и хрящах ушной ракоаины, что может привести к ее деформвции.

Ю. П. ФЕДОРОВ,
врач

БРОСИТЬ КУРИТЬ легче во время отпускв, когда можно отвлечь себя от сигареты любимым делом, спортом, работой на садовом участке. Дв и нервное перенапряжение, стрессовые ситуации, которые побуждвют схватиться за «спасительную» сигарету, в отпуске обычно не возникают.

Ю. Л. ЕГОРОВ,
профессор

ПОСТУПАЮЩАЯ В ОРГАНИЗМ С ПИЩЕЙ В ЧРЕЗМЕРНОМ КОЛИЧЕСТВЕ СОЛЬ, содержащая хлористый натрий, наносит большой вред и здоровому, и тем более больному человеку. Избыток натрия способствует задержке жидкости в организме, в результате увеличивается объем циркулирующей крови, что создает большую нвгрузку на сердце. Натрий усиливает спазм сосудов, вызывает отек их стенки, отчего повышается артериальное дввление. Избыток соли в пище играет немалую роль в развитии почечно-каменной болезни.

Т. А. ЯППО,
квндидат медицинских нвук

В ОТОПИТЕЛЬНЫЙ СЕЗОН самое простое средство увлажнения воздуха в квартире — влажная уборка. Старайтесь чаще протирать мокрой тряпкой пол, подоконники и особенно батареи центрального отопления.

Т. К. ЯНЬШИНА,
кандидат медицинских нвук

СТАРОМУ ЧЕЛОВЕКУ СЛОЖНО лишний раз выйти на улицу, поэтому если у вас есть балкон, лоджия, позаботьтесь о том, чтобы там было удобное место для отдыха на свежем воздухе. Хорошо сделать откидной стул с утепленной спинкой.

З. А. СКОБАРЕВА,
кандидат медицинских наук

**Автор темы Н. К. Кочеткова.
Художник Т. Немкова.
ВНИИ медицинских проблем формирования здорового образа жизни населения Минздрава СССР.
Москва. 1987 год.**

ЗИМОЙ РИСК НЕ УМЕНЬШАЕТСЯ!

Для большинства кишечных инфекций хврактерен подъем заболеввмости летом, поэтому осенью и зимой мы начинаем забывать о необходимых предосторожностях. И напрасно! Тщательно мыть овощи и фрукты, мыть руки перед едой, после туалета — прввило не на летний сезон, а на асю жизнь!

Существуют возбудители заболеваний, которые активизируются поздней осенью и зимой. Это — ротавирусы, вызывающие ротавирусный гастроэнтерит, проявляющийся всем знвкомыми признаками кишечных инфекций — поносом, рвотой, болью в животе. Но есть одна особенность: антибиотики и другие препарвты, эффективные, например, при дизентерии, на ротавирус не действуют. Поэтому не принимайте никаких лекарств без назначения врача! Зато в силе остается общая рекомендация: чем чаще понос и рвота, тем необходимее, чтобы больной больше пил (воду, несладкий чай, специальные растворы, продающиеся в аптеке). Особенно это важно для больного ребенка.

О. А. ЛИЦЕВА,
квндидат медицинских наук

Л. П. ЛОГИНОВ, врач

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ

Ожоги в быту чаще всего случаются из-за небрежного обращения с огнем, с горячими предметами и кипящими жидкостями, с химически активными веществами. Если первая помощь оказана правильно, раневая поверхность скорее заживает.

ТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ возникает от воздействия на кожу кипятка, пламени, расплавленного жира, раскаленного металла. Чтобы уменьшить боль и предупредить отек тканей, надо немедленно обожженную руку, ногу подставить под струю холодной воды и подержать до стихания боли.

Затем при ожоге первой степени (когда кожа только покраснела) смажьте пораженный участок спиртом или одеколоном. Повязку можно не накладывать. Достаточно несколько раз в день обрабатывать обожженную кожу специальными аэрозолями типа «Левиан», «Винизоль», «Оксициклозоль», «Пантенол», которые предназначены для лечения поверхностных ожогов и продаются в аптеке без рецепта.

При ожоге второй степени (когда образовались пузыри, причем некоторые из них лопнули и нарушилась целостность эпидермального покрова — верхнего слоя кожи) обрабатывать область ожога спиртом не надо, так как это вызовет сильную боль и жжение. Пузыри ни в коем случае нельзя прокалывать: они предохраняют ожоговую поверхность от инфекции. На область ожога наложите стерильную повязку (стерильный бинт или проглаженную утюгом ткань).

Хочу предупредить, что обожженную кожу не следует, как это нередко делают, смазывать жиром, бриллиантовым зеленым, крепким раствором марганцовки. Облегчения это не принесет, а врачу будет трудно определить степень поражения тканей.

При ожогах пламенем человек в горящей одежде обычно мечется, раздувая тем самым пламя. Немедленно остановите его, воспламенившуюся одежду сорвите или погасите, заливая водой из ведра, таза, лучше всего из шланга, а зимой забрасывая снегом.

Если нет под рукой воды, набросьте на пострадавшего одеяло, плотную ткань. Но имейте в виду: высокая температура воздействует на кожу тем губительнее, чем дольше и плотнее прижата к ней тлеющая одежда. Человека в горящей одежде нельзя укутывать с головой во избежание поражения дыхательных путей и отравления токсичными продуктами горения.

Потушив пламя, быстро снимите с пострадавшего одежду, разрезав ее. Пораженные участки тела в течение 15—20 минут обливайте струей холодной воды.

При обширных поражениях укройте пострадавшего проглаженными полотенцами, простыней, скатертью. Дайте ему 1—2 таблетки анальгина или амидопирина. Вызовите «Скорую» или доставьте его в медицинское учреждение.

ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ вызывают попавшие на кожу концентрированные кислоты, щелочи, соли некоторых тяжелых металлов. Химическое вещество надо как можно быстрее удалить! Прежде всего снимите с пострадавшего одежду, на которую попали химические вещества. Старайтесь делать это так, чтобы самому не получить ожогов. Затем пораженную поверхность тела промывайте под обильной струей воды из крана, душа, шланга в течение 20—30 минут. Нельзя пользоваться тампоном, смоченным водой, так как в этом случае любое химическое вещество втирается в кожу и проникает в ее глубокие слои.

Если ожог вызван щелочью, промытые водой пораженные участки кожи обработайте раствором лимонной или борной кислоты (половина чайной ложки порошка на стакан воды) или столовым уксусом, наполовину разбавленным водой.

Участки тела, обожженные кислотой, кроме плавиковой, промойте щелочным раствором: мыльной водой или раствором пищевой соды (одна чайная ложка соды на стакан воды). При ожоге плавиковой кислотой, входящей, в частности, в состав тормозной жидкости, для удаления содержащихся в ней ионов фтора надо очень долго, 2—3 часа, под струей воды промывать кожу, так как фтор глубоко в нее проникает.

Когда ожог вызван негашеной известью, смывать ее водой нельзя! При взаимодействии извести и воды выделяется тепло, что может усугубить термическую травму. Сначала очень тщательно удалите известь с поверхности тела куском чистой ткани, а затем уже промойте кожу проточной водой или обработайте любым растительным маслом.

На область ожога наложите сухую стерильную повязку.

Во всех случаях ожога химическим веществом после оказания первой помощи пострадавшего необходимо доставить в лечебное учреждение.

Ежемесячный
научно-популярный журнал
министерств
здравоохранения СССР и РСФСР

МОСКВА.
ИЗДАТЕЛЬСТВО ЦК КПСС
«ПРАВДА»

Здоровье

11 88

(407)

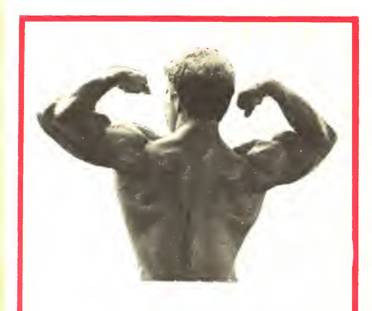
Основан 1 января 1955 г.

Адрес редакции:
101454, ГСП-4, Москва,
Бумажный проезд, 14.
Телефоны:
212-24-17; 251-44-34;
251-20-06; 212-24-90;
250-24-56; 251-94-49.

Номер оформлен
художником Е. Тереховым.

Сдано в набор 20.09.88.
Подписано к печати 30.09.88. А 13549.
Формат 60×90⅛. Глубокая печвть.
Усл. печ. л. 4,50. Уч.-изд. л. 7,58.
Усл. кр.-отт. 7,50.
Тираж 16 800 000 экз.
(3-й завод: 10 449 048—11 899 311 экз.).
Заквз №4754.
Фотоформы изготовлены е ордена Ленина
и ордена Октябрьской Революции
типографии имени В. И. Ленина
издвтельства ЦК КПСС «Праеда».
125865, ГСП, Москва, А-137,
улица «Правды», 24.

Отпечатано в ордена Трудового
Красного Знамени типографии
издательства ЦК КП Узбекиствна,
г. Ташкент, улица В. И. Ленина, 41.



СИЛА, ЛОВКОСТЬ, КРАСОТА

КУРС АТЛЕТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ

III КОМПЛЕКС

Этот комплекс предназначен для тех, кто занимался атлетической гимнастикой не менее двух месяцев (см. «Здоровье» №№ 9 и 10).

Тренировочный режим тот же: 3 раза в неделю, продолжительность каждой тренировки не более 60 минут. Темп выполнения упражнений 9 и 10 — быстрый, остальных упражнений — средний.



1. И. п. — стоя, руки с гантелями у плеч. Толчок гантелей вверх. 3×10—10.

2. И. п. — лежа. Жим штанги от груди. 5×8—(25—30).

3. Подтягивание на перекладине широким хватом. 5×8—5.

4. Отжимание на брусьях или от спинок стульев, гантель за поясом. 5×8—5.

5. И. п. — стоя, гантели в опущенных руках (ладони вперед). Сгибание рук. 5×8—8.

6. И. п. — стоя, гантели в опущенных руках (ладони назад). Подъем прямых рук перед собой до уровня плеч. 3×10—3.

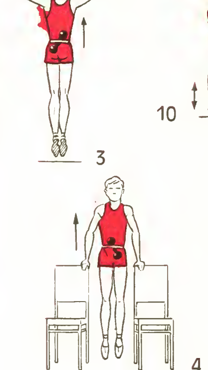
7. И. п. — стоя, гантели в опущенных руках (ладони к себе). Подъем прямых рук через стороны вверх до уровня плеч. 3×10—3.

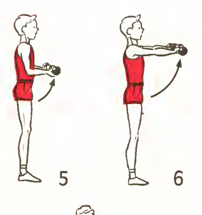
8. И. п. — наклонившись вперед (туловище параллельно полу), гантели в опущенных руках. Подъем рук через стороны вверх. 3×10—3.

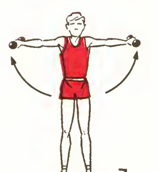
9. Приседания, руки с гантелями на поясе. 5×8—10.

10. И. п.— стоя, носками на бруске толщиной 8—10 сантиметров. Подъем на носки. Опускаться до касания пятками пола. 3×20—5.

11. И. п.— сидя на стуле, ноги закреплены, голени с бедрами составляют угол 90°. Отклоняться назад под углом 45°. 3×20—5.









В. Е. СУМЧЕНКО,
руководитель
московского
атлетического
клуба «Спартак»



Индекс 70328.
Цена 40 коп.